

Dokumentation Arzneimittelanwendung im Off-Label-Use

nasale Applikation

Vielen Dank, dass Sie sich kurz Zeit nehmen, Ihre Off-Label-Anwendung zu dokumentieren. So können wir diese anonym in unserer Datenbank erfassen und das gesammelte Wissen bei der Therapieplanung anderer Patient*innen berücksichtigen!

Bitte folgende Daten möglichst vollständig dokumentieren (ggf. Zusatzblatt benutzen). Bogen nach Abschluss der Behandlung zurücksenden an: info@arzneimittel-palliativ.de E-Mail-Button

Kontaktdaten für Rückfragen (E-Mail oder Telefon): _____

Wirkstoff: _____ ggf. verw. Fertigarzneimittel: _____

Indikation: _____

Zu behandelndes Symptom:

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| ☐ Übelkeit | ☐ Erbrechen | ☐ Atemnot | ☐ Schmerzen | ☐ Delir |
| ☐ Verschleimung | ☐ Rasselatmung | ☐ Mundtrockenheit | ☐ Depression | ☐ Pruritus |
| ☐ Angst | ☐ Unruhe | ☐ Schlafstörungen | ☐ andere: _____ | |

Aufklärung und Einverständniserklärung von Patient*in/Vorsorgebevollmächtigten:

☐ ja, schriftlich ☐ ja, mündlich ☐ nein, Grund: ☐ nicht kontaktfähig ☐ nicht erreichbar ☐ anderer: _____

Datengrundlage zum Off-Label-Use:

- ☐ Eigene Erfahrung/Erfahrung von Kolleg*innen ☐ Anfrage Arzneimittelinformation Palliativversorgung
- ☐ Buch „Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin, C. Rémi“ ☐ Recherche/Fortbildung; wo: _____
- ☐ Sonstige: _____

Patient*innenbezogene Daten (Bitte keine Namen oder Geburtsdaten eintragen!)

Alter: _____ Jahre Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ andere

Anwendung erfolgt: ☐ stationär ☐ ambulant ☐ eigenständig durch Patient*in/Angehörige ☐ sonstiges: _____

Grunderkrankung: ☐ onkologisch ☐ neurologisch ☐ internistisch ☐ genauer: _____

Sonstige Medikation: (Es kann auch ein anonymisierter Medikamentenplan mitgeschickt werden.)

Bisherige Therapieversuche:

Wirkstoff	Applikationsart (z.B. p.o. / s.c. / i.v.)	Warum nicht (mehr) angewendet? (mehrfache Antworten möglich)				
		Unzureichende Wirkung	Nebenwirkungen	orale Einnahme erschwert/ nicht möglich wegen: (z.B. Dysphagie, Mukositis, Übelkeit)	Adhärenz-Probleme (z.B. Patient verweigert orale Einnahme)	Andere Gründe (z.B. PEG-Ablaufsonde, kein i.v.-Zugang, ...)
		☐	☐		☐	
		☐	☐		☐	
		☐	☐		☐	

Angaben zum Off-Label-Use

Anwendungsdauer (z.B. 5 Tage, immer noch,...): _____

Dosierung: _____ / 24h

Gabe: ☐ alle _____ Stunden ☐ zur Nacht ☐ morgens ☐ bei Bedarf alle _____ h bis zu _____ x täglich

Nasale Gabe erfolgt als: ☐ Nasenspray ☐ Lösung/Suspension als Tropfen ☐ sonstiges: _____

bitte genauer erläutern:

Rezeptur/Fertigarzneimittel und Anwendungsart (z.B. Morphin-Gel 0,1%, Rezepturbestandteile: XXXX; bis zu 3x tgl. dünn auftragen oder: Midazolam-Injektionslösung 5mg/ml direkt appliziert bei Bedarf als Nasenspray mit MAD-Aufsatz)

Therapieüberwachung

Welches Therapieziel soll in welchem zeitlichen Rahmen erreicht werden?

Zeitraum des beobachteten Effekts: _____ nach Applikation (z.B. 10-120min)

Parameter zur Beurteilung der Wirksamkeit (Bitte eintragen: 0 = Symptom nicht vorhanden, 1 = leicht, 2 = mäßig, 3 = stark, 4 = sehr stark)

	Parameter	zuständig	wer gibt Stärke an? P = Patient selbst, E = externe Einschätzung	erhoben (Zeitpunkt)	Symptomlast
<i>Beispiel:</i>					
<i>vor Intervention</i>	Schmerzen	Pflegekraft	E	Tag 0	3 (= stark)
<i>nach Intervention</i>	Schmerzen	Pflegekraft	P	Tag 0, 3h nach Appl.	2 (= mäßig), aber schon besser
	Schmerzen	Pflegekraft	P	Tag 3, Dauertherapie	1 (= leicht), erträglich
vor Intervention					
nach Intervention					

Überwachung von Nebenwirkungen

aufgetretene Nebenwirkung	zuständig	Zeitpunkt	Anmerkung
<i>Beispiel: zu starke Sedierung</i>	Arzt/Ärztin	Tag 0, 3h nach Gabe	Besserung am nächsten Tag, daher Therapieweiterführung
lokale Reizungen		nach der Applikation	

Wird die Therapie weitergeführt?

☐ ja ☐ nein, Grund: ☐ fehlende/unzureichende Wirksamkeit ☐ Nebenwirkungen _____

☐ anderer: _____

Weitere Anmerkungen

--