|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personalien des Kindes Plan Nr.** **IMPACT-Programm**      C:\Users\i0300124\AppData\Local\Packages\Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe\TempState\Downloads\kisspng-gender-symbol-transgender-hermaphrodite-intersex-symbols-5ac2c543e2e6c6.6902145315227139239294 (1).png | | | | |
| Name: | Geburtsdatum: | | Datum Ersterfassung:  zuletzt angepasst am: | |
| Vorname: | ausgefüllt von: | |
| **Adresse** | | **Mutter**  Name:  Tel. Nr.:  E-Mail: | | |
| **Vater**  Name:  Tel. Nr.:  E-Mail: | | |
| Andere Tel.: | | |
| **Religion** | | | | |
| **Diagnosen** | | | | **Gewicht:**      kg |
| **Länge:**      cm  Erhoben/aktualisiert am: |
| **START-IMPACT:**  Summe:  Erhoben/aktualisiert am: |
| **Allergien/Unverträglichkeiten**   **nicht relevant** | | | | |
|  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Notfallmanagement** | |
| Zu erwartende Symptomatik | Stufenplan (Details siehe Seite 3) |
| **Notfallkontakte (Name/Funktion/Priorität/Tel Nr.)** | |
| **Reanimationsstatus**  **Rea-Vorgehen gemäss Standard (z.B. PALS)**  ja  ( = keine individuelle Anpassung) differenziert  ( = s. unten) | **Ergänzende Information zum Reanimationsstatus**  (zwingend falls "differenziert")  **Beschreibung differenziertes Vorgehen**    **Begründung / Wertehaltung** |
| **Therapieoptionen**  **CPR / Herzdruckmassage** ja  nein  Notfalldiagnostik ja  differenziert  nein    Sauerstoff ja  nein  Antibiotika ja  nein  Absaugen ja  nein  Bebeuteln ja  nein  Verlegung auf IPS ja  nein  Nicht-invasive Beatmung ja  nein  Intubation ja  nein  Katecholamine ja  nein |
| **Spezialfall Rea-Vorgehen intra/perioperativ**  **CPR / Herzdruckmassage** ja  nein  Anmerkung: |  |
| Besprochen zuletzt am:       , durch:  Gespräch geplant: | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Besondere Wünsche und wichtige Kraftquellen/Ressourcen der Familie** |
| **Kind** |
| **Familie** |

| **Allgemeines Symptom-/Problemmanagement**  **Medikamentöse und nicht-medikamentöse Massnahmen, inkl. Steigerungsstufen** | |
| --- | --- |
| **Ärztliche Verordnung**  Ja , siehe separater Mediplan / Verordnung (keine Unterschrift nötig)  Nein , dann Unterschrift Arzt/Ärztin.Name:       Datum:  Unterschrift: | |
|  | |
| Schmerzen |  |
| Atemnot/ Übermässige Sekretproduktion |  |
| Ernährung/ Flüssigkeitszufuhr |  |
| Obstipation/ Durchfall |  |
| Übelkeit/ Erbrechen |  |
| Neurologische Probleme (Epilepsie, Hirndruck, Dystonie, Spastizität) |  |
| Unruhe/ Angst/ Depression |  |
| Infektionen/ Fieber |  |
| Blutung |  |
| Urinausscheidung |  |
| Schlaf/ Fatigue |  |
| Hautveränderungen |  |
| Juckreiz |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

| **Netzwerk (Kontakte)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Betreuungsteam/ Adressen** | **Zuständig für** | **Erreichbarkeit** | **Telefonnummer**  **Mail-Adresse** | **Info NF/ RT/EFB\*** | **Kopie** |
| **Fallführung:** |  |  |  |  |  |
| **Kinderarzt/-ärztin:** |  |  |  |  |  |
| **SpezialistIn/ Facharzt/-ärztin:** |  |  |  |  |  |
| **SpezialistInnen IMPACT/PPC:**  Ärztlich:  Pflegerisch: |  |  |  |  |  |
| **Bezugspflegende / Pflegeberatung:** |  |  |  |  |  |
| **Kinderspitex, zuständige Einsatzleitung:** |  |  |  |  |  |
| **Kinderspitex, Bezugspflegefachperson:** |  |  |  |  |  |
| **Sozialberatung:** |  |  |  |  |  |
| **PsychologIn:** |  |  |  |  |  |
| **Ernährungsberatung/Still-beratung:** |  |  |  |  |  |
| **PhysiotherapeutIn**: |  |  |  |  |  |
| **Andere TherapeutInnen:** |  |  |  |  |  |
| **Seelsorge:** |  |  |  |  |  |
| **Apotheke/Homecare:** |  |  |  |  |  |
| **Freiwillige:** |  |  |  |  |  |
| **:** |  |  |  |  |  |
| **:** |  |  |  |  |  |

\*Bei Notfällen (bzw. Notfallhospitalisationen) oder Rundtischen bzw. ethischen Fallbesprechungen werden die Betreuungspersonen in der 5. Spalte zeitnah informiert. Den (aktualisierten) Betreuungsplan und wichtige Berichte erhalten die Personen der 6. Spalte.

|  |
| --- |
| **Vorschlag Email-Verteiler für Einladung zu Rundtisch, ethischem Gespräch etc.:** |

**Anhänge:**