

## ID-PALL<sup>®</sup> G

Identifikation von Patienten die **allgemeine PALLiativmedizinische** Unterstützung benötigen.

Diese kann von den behandelnden Ärzten und Pflegekräften gewährleistet werden.

Beurteilen Sie die folgenden Aussagen in Bezug auf die aktuelle Situation des·der Patienten·in:

Patientenetikett	
1. Wären Sie überrascht, wenn dieser Patient·in innerhalb der nächsten 12 Monate versterben würde?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Der·die Patient·in leidet an einer fortschreitenden Erkrankung, die <b>seine·ihre Lebenserwartung verkürzt</b>  UND weist eines oder mehrere der folgenden Merkmale auf: <b>Kontinuierliche Verschlechterung des Allgemeinzustands</b> (mit nur begrenzter Reversibilität und Zunahme der Hilfsbedürftigkeit) <b>ODER</b> <b>Ausgeprägte Instabilität des Krankheitsverlaufs während der vergangenen 6 Monate</b> (charakterisiert durch ein aus der Sicht des Patienten nicht kontrolliertes Symptom ODER ein Dekubitus $\geq$ Grad 3 ODER mehr als eine Episode von akut auftretener Verwirrtheit, Infektion, ungeplanter Hospitalisierung oder Sturz) <b>ODER</b> <b>Psychosoziales oder existenzielles Leiden</b> (Patient·in oder Angehörige) <b>ODER</b> Unterstützungsbedarf bzgl. <b>Entscheidungen in der letzten Lebensphase</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Geplante oder bereits erfolgte Beendigung von kurativen Behandlungen oder <b>lebenserhaltenden Maßnahmen</b> (z.B. Beatmung, Dialyse, künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Wunsch nach <b>palliativmedizinischer Mitbetreuung</b> seitens des·der Patient·in, der Angehörigen oder der betreuenden Fachkräfte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Falls Sie **NEIN** bei der ersten Frage oder **JA** bei mindestens einer der Aussagen **2, 3, oder 4** angekreuzt haben:  
Der/die Patient·in benötigt sehr wahrscheinlich palliativmedizinische Unterstützung.  
Bitte berücksichtigen Sie die **Empfehlungen zur allgemeinen palliativmedizinischen Betreuung** und füllen Sie den ID-PALL<sup>®</sup> S aus.

## ID-PALL<sup>®</sup> S

Identifikation von Patienten, die **spezielle PALLiativmedizinische** Unterstützung benötigen.

Diese wird von Palliative Care-Fachkräften durchgeführt.

Beurteilen Sie die folgenden Aussagen in Bezug auf die **aktuelle Situation** des·der Patienten·in, falls er·sie ID-PALL<sup>®</sup> G positiv ist



Palliative and Supportive Care Service

1. Vorhandensein <b>mindestens eines schwerwiegenden und persistierenden Symptoms</b> - einschließlich Schmerzen -, das nach 48 Stunden nicht ausreichend auf die Behandlung angesprochen hat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. <b>Schwierigkeiten bei der Einordnung</b> körperlicher Symptome oder psychischer, sozialer oder spiritueller Probleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. <b>Uneinigkeit oder Unsicherheit</b> bei Patient·in, Angehörigen oder den betreuenden Fachkräften, z.B. bezüglich medizinischer Behandlungen, komplexer Entscheidungen oder dem Reanimationsstatus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. <b>Schwerwiegendes psychosoziales oder existenzielles Leiden</b> des·der Patienten·in (z.B. schwere Angstsymptomatik oder depressive Symptome, Gefühl der Isolation/zur Last zu fallen, Verlust von Sinn/Hoffnung, Sterbewunsch, Frage nach assistiertem Suizid)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. <b>Schwerwiegendes psychosoziales oder existenzielles Leiden</b> bei den <b>Angehörigen</b> (z.B. schwere Angstsymptomatik oder depressive Symptome, schwerer Erschöpfungszustand, Destabilisierung des Familiensystems, Verlust von Sinn/Hoffnung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Geplante <b>Palliative Sedierung</b> (= medikamentöse Verringerung des Bewusstseins mit dem Ziel der Linderung therapierefraktärer Symptome)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Schwierigkeiten mit Patient·in oder Angehörigen bezüglich der <b>Therapie- und Behandlungsplanung</b> oder der <b>Erstellung von Vorausverfügungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Der·die Patient·in, die Angehörigen oder die mitbetreuenden Fachkräfte könnten Ihrer Einschätzung nach von einer <b>spezialisierten palliativmedizinischen (Mit)betreuung</b> profitieren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Falls Sie **JA** bei einer der Aussagen angekreuzt haben:  
der·die Patient·in wird sehr wahrscheinlich von einer spezialisierten palliativmedizinischen (Mit)Betreuung profitieren.