

ID-PALL® G

Identifikation von Patienten die **allgemeine PALL**iativmedizinische Unterstützung benötigen.

Diese kann von den behandelnden Ärzten und Pflegekräften gewährleistet werden.

Patientenetikett

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

1. Wären Sie Überrascht, wenn diese-r 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 seine-ihre Lebenserwartung verkürzt UND weist eines oder mehrere der folgenden Merkmale auf: Kontinuierliche Verschlechterung des Allgemeinzustands (mit nur begrenzter Reversibilität und Zunahme der Hilfsbedürftigkeit) ODER Ausgeprägte Instabilität des Krankheitsverlaufs während der vergangenen 6 Monate (charakterisiert durch ein aus der Sicht des Patienten nicht kontrolliertes Symptom ODER ein Dekubitus \geq Grad 3 ODER mehr als eine Episode von akut auftretender Verwirrtheit, Infektion, ungeplanter Hospitalisierung oder Sturz) ODER Psychosoziales oder existenzielles Leiden (Patient-in oder Angehörige) ODER Unterstützungsbedarf bzgl. Entscheidungen in der letzten Lebensphase	<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 lebenserhaltenden Maßnahmen (z.B. Beatmung, Dialyse, künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Wunsch nach palliativmedizinischer Mitbetreuung 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® S aus.

ID-PALL® S

Identifikation von Patienten, die **spezielle PALL**iativmedizinische 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® G positiv ist**



1. Vorhandensein mindestens eines schwerwiegenden und persistierenden Symptoms - einschließlich Schmerzen -, das nach 48 Stunden nicht ausreichend auf die Behandlung angesprochen hat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Schwierigkeiten bei der Einordnung körperlicher Symptome oder psychischer, sozialer oder spiritueller Probleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Uneinigkeit oder Unsicherheit 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. Schwerwiegendes psychosoziales oder existenzielles Leiden 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. Schwerwiegendes psychosoziales oder existenzielles Leiden bei den Angehörigen (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 Palliative Sedierung (= 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 Therapie- und Behandlungsplanung oder der Erstellung von Voraussetzungen	<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 spezialisierten palliativmedizinischen (Mit)betreuung 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.