

Ärztliche Delegation – Injektionstherapie



Erstdelegation Änderung der Delegation

Angaben der Patientin/des Patienten*:

Vorname _____ Name _____
Straße, Hausnummer _____ Geburtsdatum _____
PLZ, Ort _____ E-Mail _____
Tel.-Nr. _____ Geschlecht weiblich männlich

Therapie:

Schulung Therapieunterstützung Hemmkörpertherapie
Diagnose _____ Präparat ELOCTA® ALPROLIX®
Dosierung der Einheiten I.E. _____
Intervall _____

weitere Maßnahmen _____

Die Delegation erfolgt an diese Pflegefachkräfte _____

durch den behandelnden Arzt _____

tätig in (Klinik/Ambulanz/Praxis) _____

Injektions- bzw. Schulungsprotokolle an den Arzt

erfolgen nach jedem Besuch per E-Mail an: _____

oder in gewünschtem Intervall _____

Diagnose:

<input type="checkbox"/> Hämophilie A Faktor-Restaktivität	<input type="checkbox"/> Hämophilie B Faktor-Restaktivität
Leicht _____	Leicht _____
Moderat _____	Moderat _____
Schwer _____	Schwer _____

Bei **Hemmkörperpatienten**, letzter Bethesda-Titer _____ BE, erhoben am _____

Relevante Nebendiagnosen/Allergien Keine Ja, und zwar _____

Bekannte Infektionserkrankungen Keine Ja, und zwar _____

Motorische und/oder kognitive Probleme Keine Ja, und zwar _____

Sonstiges _____

Notfallmanagement:

Sollte es bei der Faktorsubstitution zu einer Überempfindlichkeitsreaktion kommen oder einem anaphylaktischen Schock kommen, wird als Erstmaßnahme folgendes delegiert:

Gabe von Sauerstoff Notfallmedikament/ Volumengabe _____

Der Rettungsdienst ist sofort und in jedem Falle zu verständigen.

Bitte kontaktieren Sie auch folgenden Notfallkontakt:

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Ärztliche Delegation – Anordnung begleitender Maßnahmen



Patient:

Vorname _____ Name _____

Anordnung begleitender Maßnahmen

bei Portversorgung

Reihenfolge	Vorschlag Medikament/Maßnahme (ggf. streichen)	Alternative Medikament	Gesamtdosis/Menge	Anzahl Ampullen
1.	Zentraler Katheter (z.B. Broviac/Hickman o.ä.)		–	–
2.	Portinjektionsstelle desinfizieren, Portkammer mit Nadel punktieren/ Katheter desinfizieren		–	–
3.	Mit 10 ml NaCl 0,9% spülen		–	–
4.	Medikament injizieren lt. Delegation			
5.	Mit 10 ml NaCl 0,9% spülen		–	–
Block herstellen:	Lösung mit _____ I.E. Heparin in _____ ml NaCl 0,9%	Alternative:		
6.	Port mit _____ ml Blocklösung spülen		–	–
7.	Intervall, Portnadel legen/entfernen		–	–

Zu verwendende Portnadeln

(zum Zeitpunkt des Einverständnisses): _____

Ich habe meinen o. g. Patienten auf eine Therapie mit ELOCTA® oder ALPROLIX® eingestellt und halte ihn trotz Einstellung und Einweisung für nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, die Therapie zum jetzigen Zeitpunkt adäquat selbst durchzuführen, und bin überzeugt, dass er daher Unterstützung benötigt. Ich gebe daher bis auf Widerruf durch mich mein Einverständnis, die Injektionsschulung (inkl. des Legens von intravenösen Zugängen) sowie begleitende Maßnahmen an eine geeignete Pflegefachkraft zur Durchführung in der häuslichen Umgebung des Patienten zu delegieren. Diese Vereinbarung ist bis auf Widerruf gültig und bezieht sich nur auf die Heimselbstbehandlung mit dem o. g. Hämophilie-Präparat.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt und Praxisstempel

Widerrufshinweis: Diese Delegation kann vom Unterzeichner jederzeit und ohne Angabe von Gründen durch schriftliche Mitteilung an den Homecare Serviceanbieter widerrufen werden. In diesem Falle wird die Heimtherapie bei dem betroffenen Patienten eingestellt und der Patient wird durch die Pflegefachkraft dahingehend instruiert, dass er sich nunmehr zur Injektionsverabreichung in der Arztpraxis bzw. Klinik vorstellen soll.

Swedish Orphan Biovitrum GmbH

Fraunhoferstraße 9a 82152 • Martinsried • Deutschland • Tel.: +49 89 550 66 76-0 • www.sobi-deutschland.de • www.sobicare.de