Screening - Bedarf Palliative Care

gemäss PallDEtect (P-CaRES-D)

Name Patient*in:	Vorname Patient*in:	Ausgefüllt durch:	Datum:
Geb. Datum Patient*in:			

1. Hat die Patientin / der Patient eine lebenslimitierende Erkrankung? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	
☐	**Fortgeschrittene Demenz oder Erkrankungen des ZNS** (z.B. St. n. Schlaganfall, ALS, Morbus Parkinson): benötigt Unterstützung in den meisten Bereichen der Selbstversorgung (z.B. bei Mobilisation, Körperpflege) und/oder minimale verbale Ausdrucksfähigkeit.
☐	**Fortgeschrittene Krebserkrankung:** Metastasierter oder lokal aggressiver Tumor.
☐	**Nierenkrankheit im Endstadium (chronisches Nierenversagen):** Chronische Dialysetherapie oder Baseline Serum-Kreatinin > 530 µmol/l.
☐	**Fortgeschrittene COPD:** Kontinuierliche Heimsauerstofftherapie oder chronische Ruhedyspnoe.
☐	**Fortgeschrittene Herzinsuffizienz:** Chronische Dyspnoe, Thoraxschmerzen (AP) oder rasche Ermüdbarkeit (Fatigue) bei minimaler Anstrengung oder in Ruhe.
☐	**Leberkrankheit im Endstadium (chronisches Leberversagen):** Rezidivierender Aszites, GI-Blutung oder hepatische Enzephalopathie.
☐	**Septischer Schock (Zeichen von Organversagen aufgrund einer Infektion):** Brauchte Aufnahme auf Intensivstation **und** hat relevante vorbestehende Komorbidität.
☐	**Nach Ermessen des zuständigen Behandlungsteams – hohe Wahrscheinlichkeit für rasch eintretenden Tod:** Beispiele: Hüftfraktur bei über 80-Jährigen; schweres Trauma bei älteren Personen (mehrfache Rippenbrüche, intrakranielle Blutungen); fortgeschrittenes AIDS, usw.

Nichts angekreuzt?	Einen oder mehrere Punkte angekreuzt?
STOP! Das Screening ist fertig.	Screening FORTFAHREN.

2. Hat die Patientin / der Patient Hinweise für Bedarf an Palliative Care? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	
☐	**Häufige Spitalbesuche:** 2 oder mehr Vorstellungen auf der Notfallstation oder 2 oder mehr Spitalaufenthalte innerhalb der letzten 6 Monate.
☐	**Unkontrollierte Symptome:** Konsultation auf Grund von unkontrollierten Symptomen wie z.B. Schmerz, Dyspnoe, Depression, Müdigkeit/Erschöpfung, usw.
☐	**Funktionelle Verschlechterung:** z.B. Mobilitätsverlust, häufige Stürze, verminderte Nahrungsaufnahme, Dekubitus, usw.
☐	**Unsicherheiten bezüglich der Behandlungsziele und/oder Überlastung der Betreuungsperson(en):** Die langfristigen Bedürfnisse können von der Betreuungsperson nicht abgedeckt werden; Unsicherheiten/Sorge betreffend der Therapie- resp. Behandlungsziele.
☐	**«Surprise Question»:** Sie wären nicht überrascht, wenn der Patient/die Patientin innerhalb der nächsten 6 Monate versterben würde.

Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt?	ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt?
STOP! Das Screening ist beendet.	Empfehlung Kontaktaufnahme mit MPD oder Palliative Care Konsilium

nach iplan-care.ch

Palliative Care Screening Tool (Swiss-German Version), Copyright by Nora Lüthi/Alex Hengartner, UZP Inselspital Bern from George et al. (2015). Content Validation of a Novel Screening Tool to Identify Emergency Department Patients With Significant Palliative Care Needs. Society for Academic Emergency Medicine. doi: 10.1111/acem.12710