

Prognose: Screening gemäss PCaRES-D

Name Patient*in:	Vorname Patient*in:	Ausgefüllt durch:	Datum:
Behandelnde Ärztin/Arzt			

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.		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Nichts angekreuzt? STOP! Das Screening ist fertig. </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Einen oder mehrere Punkte angekreuzt? Screening FORTFAHREN. </td> </tr> </table>		Nichts angekreuzt? STOP! Das Screening ist fertig.	Einen oder mehrere Punkte angekreuzt? Screening FORTFAHREN.
Nichts angekreuzt? STOP! Das Screening ist fertig.	Einen oder mehrere Punkte angekreuzt? 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.		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt? Medizinische Grundsatzentscheide überprüfen (welche Dokumente bereits vorhanden und wie aktuell sind diese?) </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt? Start iplan pro Anleitung iplan pro im Intranet unter PZI > iplan </td> </tr> </table>		Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt? Medizinische Grundsatzentscheide überprüfen (welche Dokumente bereits vorhanden und wie aktuell sind diese?)	ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt? Start iplan pro Anleitung iplan pro im Intranet unter PZI > iplan
Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt? Medizinische Grundsatzentscheide überprüfen (welche Dokumente bereits vorhanden und wie aktuell sind diese?)	ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt? Start iplan pro Anleitung iplan pro im Intranet unter PZI > iplan		
Bitte das ausgefüllte Formular im interprofessionellen Team besprechen und in der Patientendokumentation ablegen (i-pdos > Berichte).			