



Dokumentation: Gezielte Sedierung

1. Planung / Vorbereitung

Lebenszeitprognose: _____ Unerträgliches Leiden: Ja Nein

Therapierefraktäre(s) Symptom(e): _____

Aufklärung und Einwilligung:

- Aufklärungsgespräch hat stattgefunden und Einwilligung liegt vor
(für Details siehe Checkliste Aufklärungsgespräch)
- Zustimmung aktuell nicht möglich, Behandlung auf Basis des mutmaßlichen Willens
dringlich geboten > Einwilligung durch Patient/-in bzw. Vertreter/-in nachträglich eingeholt

In Entscheidungsprozess involviert: Patient/-in Zugehörige/-r Behandlungsteam
 Vorsorgebevollmächtigte/-r, Betreuer/-in
 Weitere: _____

Entscheidung am: _____

- Im Rahmen einer multiprofessionellen Fallbesprechung
- Akute Krise, Absprache zwischen: _____
- Ethischer Konflikt, Ethische Fallbesprechung durchgeführt und in Patientenakte dokumentiert

Künstliche Ernährungs- und Flüssigkeitsgabe

gemäß Indikation und Absprache Patient/-in bzw. Vertreter/-in:

Künstliche Ernährung: Ja Nein

Künstliche Flüssigkeit: Ja Nein

Wünsche des Patienten/der Patientin während der Sedierung: _____

Zugehörigenbetreuung:

Zugehörige sind über gezielte Sedierung aufgeklärt:

Ja Nein

Eine regelmäßige Begleitung und Betreuung der Zugehörigen durch das Team ist sichergestellt:

Ja Nein



2. Durchführung

Steuerung der Sedierungstiefe: stufenweise bis zur Symptomlinderung leicht (RASS-PAL: -1 bis -2) tief (RASS-PAL: -3 bis -5)

Geplante Sedierungsdauer: vorübergehend: _____ regelmäßig nach Tageszeit: _____ anderer Zeitraum: _____ geplante Aufwachzeiten: _____

dauerhaft bis zum Versterben

Reevaluation im Team, ob sedierende Behandlung weiterhin indiziert am ¹: _____

Ärztliche Anordnung zu Sedierungsbeginn: Sedierendes Medikament: _____

kontinuierlich (z.B. Spritzenpumpe): s.c. i.v. ggf. initialer Bolus: _____ mg Start Laufrate: _____ mg/h

diskontinuierlich: p.o./sublingual s.c. i.v. Dosis: _____ mg Intervall: _____ h

Bedarfsmedikation: Bolus: _____ mg Intervall: _____ min

Monitoring: Überwachungsintervall ¹ in Einstellphase (bis stabile Dosis erreicht ist): _____ min in Erhaltungsphase _____ h							
Datum, Uhrzeit	Symptomkontrolle ausreichend		RASS-PAL ²	Optional zusätzl. Überwachung (Atemfrequenz, Herzrate, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Atemwege frei, Anzeichen für Harnverhalt (Patient:innen ohne DK)): _____	Anordnungen	Anmerkungen (z.B. unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Flüssigkeit & Ernährung, Bedarfsmedikation)	HZ
	Ja	Nein					
Beginn:							

