



Dieses Modul kann im Sinne einer Fallreflexion retrospektiv nach dem Versterben eines Patienten dokumentiert werden. Sollte das Vorgehen bei Sterbenden dem Liverpool Care Pathway im Sinne eines Qualitätsprojekts angepasst werden, muss eine Anmeldung bei der Zentralstelle in Liverpool als "Collaborating center" erfolgen ([www.lcp-mariecurie.org.uk](http://www.lcp-mariecurie.org.uk))

1. IDNR

--	--	--	--	--

13. Datum.

--	--	--	--	--

**LCP 1 Hauptdiagnose****LCP 2 Ausgangslage**

Ziel 1	Aktuelle Medikation ist überprüft worden, nicht unbedingt notwendige Medikamente wurden abgesetzt	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ziel 2	Subkutane Bedarfsmedikamente wurden für die unten aufgeführten Symptome entsprechend den vereinbarten Richtlinien verordnet				
2.1	Schmerzen - Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
2.2	Übelkeit und Erbrechen - Antiemetika	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
2.3	Agitation - Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
2.4	Bronchiale Sekretion - Anticholinergikum	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
2.5	Dyspnoe - Opiat/ Anxiolytika	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ziel 3	Unangebrachte medizinische Maßnahmen / Interventionen wurden beendet				
3.1	Blutentnahme	<input type="checkbox"/>	nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	ja
3.2	Antibiotikum	<input type="checkbox"/>	nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	ja
3.3	i.v. (Flüssigkeit / Medikamente)	<input type="checkbox"/>	nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	ja
3.4	Cardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ziel 3a	Unangebrachte pflegerische Maßnahmen / Interventionen wurden beendet	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ziel 3b	s.c. Spritzenpumpe wurde innerhalb von 4 Stunden nach ärztlicher Anordnung begonnen	<input type="checkbox"/>	nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	ja

**LCP 3 Psychologische Einsicht**

Ziel 4	Die Fähigkeit, auf deutsch zu kommunizieren wurde als ausreichend beurteilt				
4.1	Patient	<input type="checkbox"/>	Komatös	<input type="checkbox"/>	ja
4.2	Familie / Andere	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ziel 5	Die Einsicht des Patienten in seinen Gesamtzustand wurde beurteilt				
5.1	Sich der Diagnose bewusst sein – Patient	<input type="checkbox"/>	Komatös	<input type="checkbox"/>	ja
5.2	Sich der Diagnose bewusst sein – Familie /Andere	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
5.3	Sich des Sterbens bewusst sein - Patient	<input type="checkbox"/>	Komatös	<input type="checkbox"/>	ja
5.4	Sich des Sterbens bewusst sein – Familie / Andere	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

**LCP 4 Religiöse / spirituelle Unterstützung**

Ziel 6	Religiöse / spirituelle Bedürfnisse wurden definiert				
6.1	Patient	<input type="checkbox"/>	Komatös	<input type="checkbox"/>	ja
6.2	Familie / Andere	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

**LCP 5 Kommunikation mit Familie / Anderen und Pflegeteam**

Ziel 7	Es wurde geklärt, wie die Familie / andere nahe stehende Personen über den Tod des Patienten informiert werden sollen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ziel 8	Die Familie / andere nahe stehende Personen haben folgende Informationen erhalten: Anfahrt und Parkplätze, Unterkunftsmöglichkeiten, Getränke, Telefon, Waschräume und Toiletten, Besuchszeiten, andere wichtige Informationen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ziel 9	Der Hausarzt wurde über den Zustand des Patienten informiert	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ziel 10	Der Betreuungsplan wurde erklärt und diskutiert				
10.1	Patient	<input type="checkbox"/>	Komatös	<input type="checkbox"/>	ja
10.2	Familie / Andere	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein



Ziel 11	Die Familie / andere nahe stehende Personen bestätigten, dass sie den Betreuungsplan verstanden haben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---------	---	-----------------------------	-------------------------------

<b>LCP 6 Betreuung nach dem Tode</b>			
Ziel 12	Der Hausarzt wurde über den Tod des Patienten informiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ziel 13	Prozeduren für die Aufbahrung wurden entsprechend den hausinternen Vorgaben durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ziel 14	Prozeduren nach dem Tod wurden diskutiert oder durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.1	Patient hatte eine infektiöse Krankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.2	Patient hatte besondere Bedürfnisse im Hinblick auf religiöse Rituale	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.3	Autopsie wurde abgeklärt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ziel 15	Die Familie / andere nahe stehende Personen wurden über die Prozeduren im Krankenhaus informiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ziel 16	Die Krankenhausrichtlinien bezüglich der Wertsachen und des Eigentums des Patienten wurden befolgt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ziel 17	Die notwendige Dokumentation und Hinweise wurden an die entsprechende Person weitergegeben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ziel 18	Faltblatt mit Trauerinformationen wurde ausgehändigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<b>LCP 7 Dokumentation</b>			
Ziel 19	Wurden folgende Symptome regelmäßig (das heißt alle 4 Stunden oder bei jedem Patientenkontakt) beurteilt?		
19.1	Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19.2	Agitation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19.3	Bronchiale Sekretion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19.4	Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19.5	Dyspnoe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ziel 20	Wurden folgende medizinische und pflegerische Maßnahmen regelmäßig (das heißt alle 4 Stunden oder bei jedem Patientenkontakt) ausgeführt bzw. beurteilt?		
20.1	Mundpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20.2	Urinausscheidung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20.3	Alle Medikamente wurden auf sichere und genaue Weise verabreicht	<input type="checkbox"/> nicht notwendig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20.4	s.c. Spritzenpumpe	<input type="checkbox"/> nicht notwendig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20.5	Darmtätigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<b>Bemerkungen</b>
--------------------