

Protokoll s.c.- Injektion von niedermolekularen Heparin-Fertigprodukten (NMH)

Name: _____ Vorname: _____ Pat.-Nr.: _____
 Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____ Telefon: _____

Einverständniserklärung: Der/Die Patient/in ist einverstanden, dass der/die Apotheker/in das ärztlich verordnete Präparat injiziert. Ja Nein

Ort / Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Geschlecht: männlich weiblich → **Schwanger?** Ja Nein
Geburtsdatum: [][] . [][] . [][][][] (tt.mm.jjjj) **Gewicht:** [][][] kg **Grösse:** [][][] cm

Abklärung zur Therapiebegleitung

Präparat: _____ (inkl. Stärke)
Indikation: Prophylaxe von: _____ (Detailbeschreibung)
 Therapie von: _____ (Detailbeschreibung)
Verordnung vom: [][] . [][] . [][][][] (tt.mm.jjjj) **von:** _____
 (Kopie der Verordnung dem Protokoll beilegen)

Therapieplan: unbekannt bekannt → Anzahl Injektionen pro Tag? 1 2 während [][] Tagen

Selbstinjektion nicht möglich, weil... Angst vor Spritzen
 Schwierigkeiten mit der Handhabung von Fertigspritzen
 Visuelle Beeinträchtigungen
 Anderer Grund: _____

Bereits vorgängig Heparin-Injektionen erhalten (z.B. während Spitalaufenthalt)? Ja Nein

Falls ja: Wann erfolgte die letzte Injektion?
 [][] . [][] . [][][][] (tt.mm.jjjj) um ca. [][] : [][] Uhr

UAW bei vorgängiger s.c. Injektion von Heparin beobachtet? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Bekannte Allergien? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Co-Medikation mit Einfluss auf die Gerinnung während der Heparin-Therapie:

- orale Antikoagulantien (Phenprocoumon / Acenocoumarol / Rivaroxaban, u.ä.) Ja Nein
 - Thrombozytenaggregationshemmer (ASS / Clopidogrel, u.ä.) Ja Nein
 - nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) Ja Nein
 Falls ja: Produkt? _____
 Anwendung? Rx OTC
 Einnahme? bei Bedarf als Dauertherapie

Entscheid Apotheker/in

Durchführung der s.c.-Injektion in der Apotheke? Ja Nein

Falls nein, bitte begründen: _____

Ort: _____ Datum: [][] . [][] . [][][][] (tt.mm.jjjj)

Unterschrift Apotheker/-in: _____

| | | |
|---------|---------|----------|
| Name | Vorname | Pat.-Nr. |
| Strasse | Ort | Telefon |

Produkt: _____ Charge: _____

| Datum | Zeit | Injektionsstelle (inkl. re/li) | Bemerkungen / Beurteilung Injektionsstelle | Visum |
|-------|------|--------------------------------|--|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Produkt: _____ Charge: _____

| Datum | Zeit | Injektionsstelle (inkl. re/li) | Bemerkungen / Beurteilung Injektionsstelle | Visum |
|-------|------|--------------------------------|--|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Produkt: _____ Charge: _____

| Datum | Zeit | Injektionsstelle (inkl. re/li) | Bemerkungen / Beurteilung Injektionsstelle | Visum |
|-------|------|--------------------------------|--|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Therapie wird fortgesetzt (siehe nächste Seite)
 beendet am: ___ / ___ / _____

entsprechend der ärztlichen Verordnung
 anderer Grund: _____

