**Checkliste Anmeldung Antibiotika-Therapie PVK**

* **Anmeldung: über** [](https://www.opanspitex.ch/de/organisation/538/kinderspitex-nordwestschweiz)

**E-Mail:** [**triagepflege@spitexkinder.ch**](mailto:triagepflege@spitexkinder.ch) **oder Telefon: 0848 232 232 (Montag – Donnerstag von 08.00 - 16.00 Uhr und** **Freitag sowie vor allgemeinen Feiertagen von 08.00 – 14.00 Uhr)**

Es gilt generell eine Vorlaufzeit von 48 Stunden ab Erhalt der erforderlichen Unterlagen.

Die minimale Therapiedauer beträgt drei Tage.

**Erforderliche zusätzliche Unterlagen zum Material**

* [Überweisungsrapport](https://www.spitexkinder.ch/fileadmin/user_upload/Bilder/2_Anmeldung/Anmeldung_Spitaeler_Aerzte/Ueberweisungsrapport_Kinder.docx)
* Arztbericht
* [Ärztliche Verordnung](https://www.spitexkinder.ch/fileadmin/user_upload/Bilder/2_Anmeldung/Anmeldung_Spitaeler_Aerzte/AeV_Name_Vorname_20xx.xx.docx) mit **genauen** Angaben betreffend:
  + Verabreichungsart und genaue Beschreibung (Kurzinfusion oder push)
  + Therapiedauer(Anfang- und Enddatum)
* Rezept für Medikamente (**inkl. Antihistaminikum**) mit genauen Angaben zur Dosierung

**Material für AB-Therapie via PVK für:**

**Name:**       **Vorname:**       **Geb.-Datum:**

* NaCl 0.9% 100ml Beutel
* NaCl 0.9% 50ml Beutel
* Blunt Fill Needle 18G 1,2 x 40mm mit Filter
* Transofix transfer Doppelkanüle (wenn ganze AB-Amp. verordnet und verabreicht werden)
* Infudrop P21 Luer Lock 180cm transparent (Infusionsbesteck)
* BD Posiflush SP Spülsystem Fertigspritze NaCl 0,9% à 10ml
* Omnifix Spritze Luerlock 20ml
* Omnifix Spritze Luerlock 10ml
* Mediset IVF Faltk. 5x5 steril Pack à 3St.
* E-Safe Entsorgungsbox 1.6l
* MicroClave® Konnector
* IV 3000 Kanülenfixation 7x9cm mit Schlitz
* Leukosilk Heftpflaster 9,2m x 2,5cm weiss
* Softasept® N 100ml
* Mesoft 7,5 x 7,5cm Kompressen unsteril
* Tubegaze Schlauchgaze Gr. 34
* Emla® Patch 5%
* Infusionsständer bei Bedarf

→ **Bestellung erfolgt durch die Kinderspitex NWCH bei Homecare Mittelland**

**Bemerkungen:**

**Ort und Datum Unterschrift Arzt/Ärztin**

……………………………………