**Checkliste Anmeldung Antibiotika-Therapie ZVK**

* **Anmeldung: über** 

**E-Mail:** **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 bei AB-Therapie via ZVK, MidLine und PICC 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
* 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
* Softasept® N 100ml
* Heparin® Sintetica Inj. Lös. 500IE Ampulle
* Steripack Verbandsset Nr. 10 3-teilig
* Mesoft NW Vlieskompressen unsteril 10x10cm 100Stk.
* Folienverband iv 3000 6x7cm
* DERMAPLAST Cofix Gazebinde 4x4cm weiss
* Grip Lock klein oder gross
* Niltac Klebeentferner Silikon Spray 50ml 50mg/ml
* HALYARDA Maske Pflegepers. Gelb Typ II
* Leukosilk Heftpflaster 9,2m x 5cm weiss
* Ambix Infusionspumpe
* Ambix Active Pumpenset
* Einweg Messband und Infusionsständer

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

**Bemerkungen:**

**Ort und Datum Unterschrift Arzt/Ärztin**

……………………………………