

Notfallprotokoll
Infusionen

Patientenname:_____

Patientennummer:_____

Arzt/Ärztin: _____**Assistenz:** _____

Datum der Infusion: _____ **Infusionsnummer**:_____

Verabreichtes Medikament:_____ **Dosis:**_____

Kortison vorab O ja, Dosis_____ O nein **Chargennummer:**

Diagnose: O Morbus Crohn O Colitis ulcerosa

Infusionszeit: Start:_____ Stop:_____

Infusionsreaktion:
O Flush O Tachykardie O Juckreiz O Luftnot
O Übelkeit O Erbrechen O Gesichtsödem O gerötete Augen
O andere:_____

Beginn: _____ **Ende:** _____

Verabreichte Menge bis zum Auftreten der Reaktion: _____ml

Notfallmedikationsgabe:

O Solo Dercortin®/Prednisolon O Fenistil®/Dimetiden O Zantic®/Ranitidin
O Suprarenin®/Epinephrin O NaCl 0,9 % O Salbutamol®
O Sonstiges:_____

Vitalzeichenkontrolle:

Zeit	RR	Puls

Infusionsbedingte Beschwerden bei Entlassung?
O ja O nein O welche_____

Stationärer Aufenthalt erforderlich:
O ja O nein

Patient*in um _____ **Uhr aus der Praxis/Ambulanz entlassen**

Unterschrift: _____