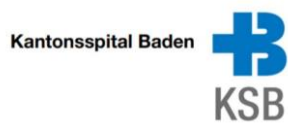


«Covid-Kochbuch»:

Richtlinien für die ambulante Betreuung von COVID-19 Patienten

Stand 18.01.2021



Inhaltsverzeichnis

1. Testungen	Seite 3
2. Isolation	Seite 5
3. Quarantäne	Seite 6
4. Behandlung ambulant	Seite 6
5. Behandlung poststationär	Seite 9
6. Palliation	Seite 10
7. Interventionen	Seite 10

1. Testungen

Diese Testindikationen werden vom BAG vergütet

PCR

- Alle Personen mit Krankheitssymptomen des neuen Coronavirus sollen sich unmittelbar nach Beginn der Symptome testen lassen.
Die häufigsten Symptome sind:
 1. Symptome einer akuten Atemwegserkrankung (Halsschmerzen, Husten (meist trocken), Kurzatmigkeit, Brustschmerzen)
 2. Fieber
 3. plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns
 4. Zudem sind folgende Symptome möglich:
 - Kopfschmerzen
 - Allgemeine Schwäche, Unwohlsein
 - Muskelschmerzen
 - Schnupfen
 - Magen-Darm-Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen)
 - Hautausschläge
- Genesene Personen nach vorgängig bestätigter PCR-bestätigter COVID-19
 - *Vorgängiger Test vor ≤ 3 Monaten:*
 - eine Reinfektion ist unwahrscheinlich. **Ein Test ist nicht empfohlen.**
 - Die Person bleibt bis 24 Stunden nach Abklingen der Symptome zuhause.
 - *Vorgängiger Test vor > 3 Monaten:*
 - eine Reinfektion kann nicht ausgeschlossen werden. **Ein Test ist empfohlen.**

Schnelltests (Antigen Rapid Test, Ag RT)

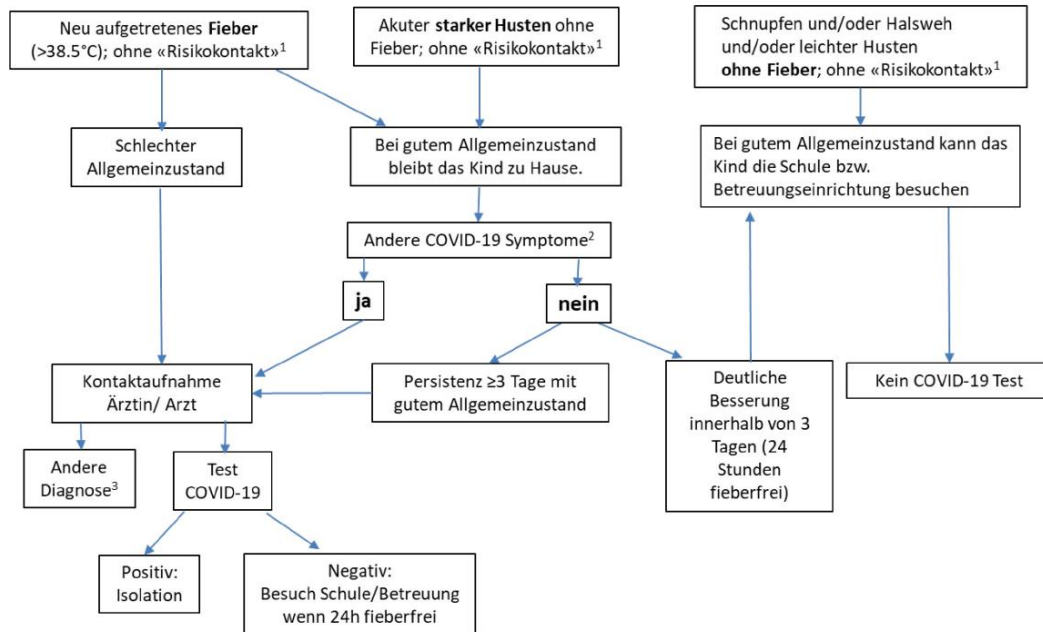
Personen mit Symptomen, welche die klinischen Kriterien vom 2. November 2020 erfüllen:

1. Symptombeginn vor weniger als 4 Tagen (Test möglichst rasch nach Symptombeginn) UND
2. Nicht zu den besonders gefährdeten Personen gehörend UND
3. Nicht im Gesundheitswesen mit direktem Patientenkontakt arbeitend UND
4. Ambulante Behandlung

Kinder

- Unter 12 Jahren mit einem Risikokontakt: es gelten die Kriterien der Testung für Erwachsene und Kinder >12 Jahre
- Unter 12 Jahren ohne Risikokontakt: es wird ein Test gemäss untenstehendem Algorithmus durchgeführt
- Definition *Risikokontakt= enger Kontakt zu symptomatischer Person ab 12 Jahren oder positiv getestete Person unabhängig vom Alter, insbesondere im häuslichen Umfeld. Falls ein enger Kontakt bestand muss gemäss Testkriterien für Kinder > 12 Jahren vorgegangen werden.
- Letztendlich liegt der Entscheid für die Durchführung eines Testes beim behandelnden Arzt zusammen mit den Eltern, basierend auf den Empfehlungen des BAG.
Weder Schule, noch Kindergarten noch KiTa haben das Recht, einen Test zu Verlangen oder zu empfehlen

**Vorgehen bei symptomatischen Kindern bis 12 Jahren, die
Schulen und schul- oder familienergänzende Betreuungseinrichtungen besuchen**



¹ **Definition Risikokontakt** : Enger Kontakt zu symptomatischer Person ab 12 Jahren oder positiv getesteter Person unabhängig vom Alter, insbesondere im häuslichen Umfeld. Falls ein enger Kontakt bestand, muss gemäss Testindikationen bei Kindern <12 Jahren vorgegangen werden.

² gastrointestinale Symptome, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn

³ z.B. Otitis media, Streptokokkenangina, Harnwegsinfektion

Testdurchführung

PCR/Schnelltest

Schnelltest Gesamtdauer ca. 30 Minuten, Resultat sofort verfügbar

PCR-Test: Resultat frühestens am Folgetag

Schutzmassnahmen

Arbeit mit kontagiösem Material! Deshalb Schutzmassnahmen nötig

Infrastruktur

Wenn möglich getrennte Räume aus Sicherheitsgründen

Testabrechnung

Schnelltests:

Keine Pauschale, sondern Einzelpositionen (Code 351):

Wenn der Arzt den Abstrich durchführt

Arztposition (Ausführliches Gespräch)	01.01.1050	22.50 CHF
Probenentnahme	01.01.1000	25.00 CHF
Analyse (incl. Schnelltest)	01.01.1300	25.00 CHF
Übermittlung Resultat an Patient und Behörde	01.01.1100	2.50 CHF
Auftragsabwicklung	01.01.1350	5.00 CHF
Total abrechenbar		80.00 CHF

Dieser Preis gilt für den Test und die dafür notwendigen Massnahmen. Wird ein Patient behandelt respektive werden zusätzliche diagnostische Massnahmen zur Behandlung des Patienten durchgeführt, kann dies zusätzlich gemäss Tarmed abgerechnet werden. Allerdings muss dann eine neue Sitzung und damit neue Rechnung eröffnet werden.

Bitte beachten Sie, dass der Test (Code 351) im Tiers payant abgerechnet werden muss (Rg direkt an Kassen).

PCR-Test:

Wenn der Arzt den Abstrich durchführt		
Arztposition (Ausführliches Gespräch)	01.01.1050	22.50 CHF
Probenentnahme	01.01.1000	25.00 CHF
Übermittlung Resultat an Patienten und Behörde	01.01.1100	2.50 CHF
Total abrechenbar		50.00 CHF

Meldung

Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte:

- Diagnostizierende Arztpraxen, Apotheken, Testzentren, Spitäler melden:
 - Die mittels SARS-CoV-2-Antigen-Schnelltest nachgewiesenen positiven Befunde innerhalb von 2 Stunden an das BAG <https://forms.infreport.ch/>
 - die mittels SARS-CoV-2-Antigen-Schnelltest nachgewiesenen negativen Befunde innerhalb von 24 Stunden an das BAG
- Ärztinnen und Ärzte melden innerhalb von 24 Stunden an das Kantonsarztamt und das BAG:
 - klinische Befunde von Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen sowie anderen sozialmedizinischen Institutionen mit bestätigter COVID-19 Diagnose mittels PCR oder SARSCoV-2-Antigen-Schnelltest
https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/msys/covid-19-meldeformular-hospitalisierte.pdf.download.pdf/BAG_covid19_meldeformular_hospitalisierte.pdf
- klinische Befunde von verstorbenen Personen mit:
 - bestätigter COVID-19 Diagnose mittels PCR oder SARS-CoV-2-Antigen-Schnelltest oder
 - erfüllten klinischen Kriterien und CT-Scan vereinbar mit COVID-19 oder
 - erfüllten klinischen und epidemiologischen Kriterien
https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/msys/covid-19-meldeformular-todesfall.pdf.download.pdf/BAG_covid19_meldeformular_todesfall.pdf

2. Isolation und Kriterien für Entisolation

- a. Dauer: in der Regel 10 Tage ab Symptombeginn (oder bei fehlenden Symptomen ab Datum des positiven Tests). Erster Tag mit Symptomen (Tag des Tests falls asymptomatisch) ist der Tag 0.
- b. Zusätzlich sollen für 48 Stunden keine Symptome mehr vorliegen oder eine deutliche Symptombesserung eingetreten sein. Gewisse Symptome können länger persistieren (Geschmacksverlust, Husten, Erschöpfung)
- c. Die Isolations-Anordnung wird vom CONTI ausgestellt.

Entisolationskriterien der Swissnoso:

Tabelle 1: Aufhebung der Isolation

Klinik	Entisolation	PCR Tests
Milder Verlauf, Patient auf Station, Entlassung nach Hause möglich	Frühestens 10 Tage nach Auftritt Symptome und mindestens 48 Stunden ohne Symptome	Keine
Milder Verlauf, Patient auf Station, Patient bleibt hospitalisiert oder wird in Langzeitpflegeeinrichtung verlegt	Frühestens 14 Tage nach Auftritt Symptome und mindestens 48 Stunden ohne Symptome	Keine
Schwere Erkrankung (zum Beispiel, IPS Aufenthalt)	Frühestens 21 Tage nach Auftritt Symptome und mindestens 48 Stunden ohne Symptome.	Zur Abkürzung der Isolationsdauer können zwei PCRs aus adäquaten respiratorischen Proben (zB. Trachealsekret) durchgeführt werden. Sollte diese negativ sein oder hat der viral load mind. 3 log abgenommen, kann der Patient entisoliert werden
Schwere Erkrankung (zum Beispiel, IPS Aufenthalt) und Vorliegen von zusätzlichen Risikofaktoren (z.B. schwere Immunsuppression, Tracheostoma)	Frühestens 28 Tage nach Auftritt Symptome und mindestens 48 Stunden ohne Symptome.	Zur Abkürzung der Isolationsdauer können zwei PCRs aus adäquaten respiratorischen Proben (zB. Trachealsekret) durchgeführt werden. Sollte diese negativ sein oder hat der viral load mind. 3 log abgenommen, kann der Patient entisoliert werden

3. Quarantäne

- Dauer: 10 Tage ab letztem Kontakt mit der erkrankten Person (bei fehlenden Symptomen der Indexperson ab Datum des positiven Tests). Letzter Tag mit Kontakt mit der Indexperson ist der Tag 0.
- Die Quarantäne-Anordnung wird vom CONTI ausgestellt.
- Ausnahmebewilligung für in der Praxis Mitarbeitende in Quarantäne:
Ist die Praxistätigkeit auf Grund einer Quarantäneverordnung eingeschränkt, kann eine Ausnahmebewilligung beim Kantonsarzt eingeholt werden ([Link für Musterbrief](#))

Contact Tracing

e-mail: conti.kad@ag.ch

Tel 062 835 56 10

Fax 062 835 29 39

Post: DGS, Kantonsärztlicher Dienst, Conti, Bachstrasse 15, 5001 Aarau

Bei Überlastung CONTI

Bei Überlastung des CONTI übernimmt die testende Instanz im Rahmen der persönlichen Mitteilung eines positiven Testresultates:

- mdl. Isolationsanordnung für Patienten
- Anordnung, eine Kontaktliste (ungeschützte, enge Kontakte) zu erstellen und ans CONTI zu senden (Kontaktdata obenstehend)
- mdl. Quarantäne-Anordnung für enge Kontakte
- Information, dass offizielle, kantonale Anordnungen für Isolation und Quarantäne (basierend auf der eingesandten Kontaktliste) als Basis für EO innert 2 Wochen zugestellt werden
- Jeder Arzt kann eine Quarantäne für Arbeitgeber/EO selber attestieren

4. Ambulante Betreuung von Covid 19-Patienten vor Hospitalisation oder ohne Hospitalisation

Keine Zuweisung ins Spital falls palliatives Vorgehen gewünscht und Ressourcen hierfür gewährleistet sind. Vorgehen bei Palliation: siehe unten

Telefontriage bei COVID-19 Infizierten

1. Liegt Dyspnoe vor?

- a. **Leicht:** Ohne Einschränkung üblicher Aktivitäten, kann bis 2 Stockwerke ohne Probleme hochlaufen
 - b. **Moderat:** Mit Einfluss auf übliche Aktivitäten, muss beim Treppensteigen Pausen einlegen
-> Messung Atemfrequenz (kritisch 20-25/min)
Hospitalisation bei weiteren Risikofaktoren (Krebs, deutliche Immunsuppression, Schwere Herzerkrankung (Herzinsuffizienz, KHK, Kardiomyopathien), COPD, chronische Nierenerkrankung, Diabetes mellitus, Schwangerschaft, BMI>30 kg/m², Sichelzellanämie)
 - c. **Schwer:** Sprechdyspnoe, kann sich nicht ohne Atemnot ankleiden oder Badezimmer besuchen, Tachypnoe
-> notfallmässige Spitaleinweisung, ev. über Tel. 144
2. **Andere Zeichen** der Hypoxie oder schwereren Erkrankung: Verwirrung, Schläfrigkeit, Thoraxdruck, blaue Lippen, Synkopen, deutliche Orthostase
-> notfallmässige Hospitalisation resp. Zuweisung zur genauen Evaluation

Diagnostik

1. Indiziert:

- a. Klinische Beurteilung (Tachy-/Dyspnoe, Atemfrequenz, Zyanose, Atemarbeit (Hilfsmuskulatur), hämodynamische Stabilität, Zusatzerkrankungen)
 - b. Pulsoxymetrie (cave silent oder happy hypoxia)
2. Zeige- oder Mittelfinger (warm), nicht Ohrläppchen. 60 Sekunden messen. Cave Abwärtstrend, kritisch $\leq 90-92\%$
Bei AZ-Verschlechterung, Zunahme des Sauerstoffbedarfs, steigender Atemfrequenz oder neuer Fiebercharakteristik Laborkontrolle mit kleinem Blutbild, CRP, Kreatinin, Na, K, ALAT, ALP, LDH, evtl. Ferritin

3. Nicht machen:

- a. Kontinuierliches oder rezidivierendes Fieber sind typisch bei COVID-19 und sollten bei stabilem AZ nicht zu repetitiven Blutkulturen führen
- b. Thorax-Röntgenbilder tragen wenig zum klinischen Management bei, Pleuraergüsse treten bei COVID-19 selten auf.

Respiratorisches System

1. Pneumonie 7-10 Tage nach oberem Luftwegsinfekt, initial oft schwere Hypoxämie durch virale Pneumonitis, ARDS meist 5 – 10 Tage später (biphasischer Verlauf)
2. Hospitalisation wenn $pO_2 \leq 92\%$ ohne Fieber ($\leq 90\%$ mit Fieber) (eine frühe Sauerstofftherapie verbessert die Prognose), drohende Atemerschöpfung oder Respi $>20-25/min$
3. Die häufigste letale Komplikation von COVID-19 ist ein ARDS. Dieses wird durch eine Volumenüberlastung begünstigt. Medikamente möglichst p.o. geben
4. Bei Hustenreiz grosszügig symptomatische Therapie mit Codein (z.B. Codein Knoll 50 mg bis 4x täglich oder Codeinphosphat-Lösung KSA 30 mg bis 6x täglich),
5. KEIN Acetylcystein (vermehrte Sekretion)
6. Bei starker Dyspnoe kann solange keine respiratorische Globalinsuffizienz vorliegt 2mg-weise Morphin i.v. gegeben werden, bzw. 10-20 mg Morphin in der Infusion über 24 h
7. Lagerung im Pilotensitz verbessert die Oxygenierung und erlaubt die Entlastung des Diaphragmas durch Einsatz der Atemhilfsmuskulatur
8. Regelmässig an Bettrand mobilisieren
9. Atemübungen können Reserven bewahren und entspannen
10. Beispiele für Atemübungen in der Beilage
11. Obstipation korrigieren

Gerinnung und Thromboemboliegefahr

1. Erhöhte D-Dimere können im Kontext von SARS-CoV-2 Makro-Thromben, LEs, aber auch nur Mikrothrombosierungen iR. Organschädigungen anzeigen. Ursächlich ist starke Inflammation mit konsekutiv Gerinnungsaktivierung. Entsprechend werden bei Inflammation und bettlägerigen Patienten im Rahmen von COVID-19 vermehrt Thromboembolien beschrieben
2. Mild Kranke sollen zu regelmässiger Bewegung (zur Thromboseprophylaxe) animiert werden
3. Bestehende Therapie mit Antikoagulantien bei vorbestehenden Erkrankungen fortführen
4. Falls bereits längere Bettlägerigkeit u/o akuter Verschlechterung der Dyspnoe zusammen mit erhöhten D-Dimeren: CT-Thorax mit Frage nach LE
5. Wissenschaftlich nicht geklärt ist zur Zeit, ob ambulante Patienten ohne sonstige Indikation präventiv antikoaguliert werden sollten.
6. Patienteninformation für Studienteilnahme der Angiologie USZ:
https://new.usz.ch/app/uploads/2020/10/Ovid_PIC1_V2.0_20200505_Zuerich_dt.pdf
7. Eine Thromboseprophylaxe soll begonnen werden, wenn andere Gründe für eine Antikoagulation und keine Kontraindikationen vorliegen: Eingeschränkte Mobilität/Bettlägerigkeit, frühere TVT oder LE oder aktives Tumorleiden
8. Die American Society of Hematology empfiehlt im stationären Bereich eine übliche prophylaktische Dosierung (LMWH oder DOAK), in Deutschland wird eine hochprophylaktische Dosis empfohlen.
9. Bei ambulanten Patienten mit systemischen Infektzeichen kann eine Thromboseprophylaxe begonnen werden, z.B.:
 - a. KG < 75 kg: Fragmin 1x5'000 IE/d s.c.
 - b. KG 75-100 kg: Fragmin 1x7'500 IE/d s.c.
 - c. KG >100 kg: Fragmin 1x10'000 IE/d s.c.

Kardiovaskuläres System

1. Selten Auftreten einer Begleit-Myokarditis durch SARS-CoV-2, insbesondere bei kritischen und schweren Verläufen.
2. Bei fehlender Symptomatik und keinen ischämiesuspekten EKG-Veränderungen ist bei einer Troponinerhöhung primär von einer unspezifischen myokardialen/endothelialen Schädigung und nicht von einer Typ I Ischämie auszugehen, die Indikation für eine Koronarangiographie ist entsprechend zurückhaltend zu stellen

Nierenfunktion

1. Ein akutes Nierenversagen, welches ein Nierenersatzversagen erforderlich macht, ist verhältnismässig selten und häufig Ausdruck eines beginnenden Multiorganversagens mit hoher Mortalität. Ursächlich kommen eine Zytokinschädigung, Endothelschädigung über ACE2-Rezeptoren u/o akute Tubulusnekrose in Frage.

Antiinfektiva

1. Antivirale Therapien werden aktuell maximal bei stationären Patienten mit O2-Bedarf eingesetzt
2. Entzündungswerte können bei COVID-19 im Rahmen des Inflammationssyndroms (ARDS, hämophagozytische Lymphohistiozytose) oft sehr hoch sein, inkl. PCT, so dass letzteres nicht automatisch auf eine bakterielle Superinfektion hinweist. Steigende PCT/CRP Werte sind deshalb meist Ausdruck zunehmender Inflammation bei beginnendem ARDS
3. Bakterielle Superinfektionen sind relativ selten (10-20%), präemptive Antibiotikatherapie nutzlos
4. Bakterielle Infektionen folgen im späteren Verlauf, z.B. bei invasiv beatmeten Patienten

5. Bei COVID-19 Patienten keine PCT-gesteuerte Antibiotikaindikation
6. Die Anamnese kann helfen: produktiver Husten? eitriges Sputum? Wenn ja, bakterieller Infekt eher wahrscheinlich und eine antibiotische Therapie mit Co-Amoxicillin kann diskutiert werden
7. Bei bestätigter COVID-19 ist die Zugabe von Clarithromycin, Levofloxacin oder Doxycyclin zur Behandlung der atypischen Pneumonieerreger nicht indiziert, da letztere nicht für eine bakterielle Superinfektion verantwortlich sind
8. Superinfektionen mit Aspergillen können auftreten in Analogie zu Influenza

Fiebermanagement

1. Eine antipyretische Therapie ist bei febrilen Patienten zwingend indiziert, da Fieberschübe zusätzlich zur respiratorischen Dekompensation beitragen.
 - a. Physikalische Fiebersenkung
 - b. Paracetamol 4-6x 500mg/d (wenn möglich p.o.)
 - c. Metamizol 4-6x 500mg/d (wenn möglich p.o.); zeitversetzt zum Paracetamol verordnen
 - d. NSAR (z.B. Ibuprofen) unter Beachtung der üblichen Kontraindikationen und Vorsichtsmassnahmen additiv einsetzbar, jedoch zurückhaltend aufgrund der zu erwartenden kumulativen Nierenschädigung; zeitversetzt zum Paracetamol verordnen
 - e. Bei Schüttelfrost ggf. Pethidin 25-50mg weise s.c. oder i.v.

Terminale Patienten

1. Für Patienten, die sich akut verschlechtern und bei denen anstelle der Verlegung auf die IPS eine «end of life care» eingeleitet werden soll, ist das Management der Dyspnoe wesentlich.
 - a) Sauerstoffgabe nach Bedarf und Toleranz (Nasenbrille oder Maske), keine SpO₂-Messungen
 - b) Dyspnoe Management mit Morphin und evtl. zusätzlich Midazolam i.v.
 - c) Palliative Sedierung und Anxiolyse mit Morphin und evtl. zusätzlich Midazolam als Infusion
 - d) Angehörige rasch informieren

5. Allgemeine Therapieprinzipien nach Entlassung in die ambulante Betreuung

1. Entlassung nach Hause
 - a. Sobald COVID-19 Patienten 24 h ohne zusätzliche Sauerstoffgabe mit einer Ziel SpO₂ ≥92% auf Abteilung selbständig mobil sind und die Inflammationsparameter (insbesondere CRP und/oder Ferritin) sinken, können sie in die ambulante Betreuung entlassen werden.
2. Fiebermanagement
 - a. Die antipyretische Therapie ist bei febrilen Patienten weiterhin indiziert, da Fieberschübe zusätzlich zur respiratorischen Dekompensation beitragen (Medikamente und Dosierungen vgl. oben)

Respiratorisches System

1. Der Patient soll darauf hingewiesen werden, dass die im stationären Setting instruierten Atemübungen auch zu Hause weitergeführt werden sollen
2. Beispiele für Atemübungen in der Beilage
3. Bei Hustenreiz symptomatische Therapie mit Codein (z.B. Codein Knoll 50 mg bis max. 3-4x täglich), KEIN Acetylcystein

Thromboseprophylaxe

- Bei ausgewählten Patienten kann eine Fortsetzung der Thromboseprophylaxe über 2-3 Wochen auch im ambulanten Setting indiziert sein, wenn noch eine starke Inflammation und damit verbunden eine Gerinnungsaktivierung besteht oder bei Patienten mit einer bekannten Thrombophilie (Medikamente und Dosierungen vgl. oben).

6. Palliation

Klären des Behandlungsziels/Gesundheitliche Vorausplanung:

- *Wie wird die jetzige Lebensqualität empfunden?*
 - *Sind lebensverlängernde Massnahmen in Anbetracht der Prognose noch erwünscht?*
 - *Wäre dafür auch eine Hospitalisation erwünscht? Falls ja:*
 - *Wäre aufgrund der Prognose eine intensivmedizinische Behandlung indiziert? Falls ja*
 - *Wäre auch eine intensivmedizinische Behandlung erwünscht?*
- Sollte die Klärung des Behandlungsziels aufgrund kognitiver Einschränkung/ Urteilsunfähigkeit nicht mit dem Patienten selbst besprochen werden können, soll dies mit dem Stellvertreter besprochen werden.
 - Die Klärung des Behandlungsziels soll, wenn möglich und gewünscht, unter Einbezug der Angehörigen stattfinden.
 - In jedem Fall soll ein Stellvertreter benannt werden.
 - Das Behandlungsziel und geplante Vorgehen muss in jedem Fall schriftlich dokumentiert werden, wenn möglich in einer Patientenverfügung (Basler Patientenverfügung, FMH Kurz-/Langversion) oder in einer ärztlichen Notfallanordnung (ÄNA), und muss allen Versorgern zugänglich sein
- Im Vorfeld bereits erstellte Patientenverfügungen sind hilfreich.
 - Hat der Pat. einen Defibrillator, der deaktiviert werden muss? -> Kardiologen kontaktieren oder wenn es schnell gehen muss, starken Magnet verwenden
 - Ist der Patient unter künstlicher Ernährung, die gestoppt werden kann?
 - Ist die künstliche Flüssigkeitsgabe angepasst? (im Sterbeprozess Flüssigkeitszufuhr möglichst reduzieren, dafür gute Mundpflege!)
 - Nach dem Tod:** Auch bei letzten Verrichtungen Maske und Handschuhe tragen! Bestattungsunternehmen informieren, dass Patient Covid-positiv war.

7. Interventionen

Symptom	Medikament	Dosierung	Alternative Falls 1. Wahl aufgebraucht
Dyspnoe und Husten	1. Morphin (falls schon vorher Opiate, höhere Dosierung nötig)	<u>Per os:</u> 5 Trpf, max alle 20 Min <u>Iv:</u> 1-2.5mg, max alle 20 Min <u>Sc:</u> 2.5-5mg, max alle 20 Min	Fentanyl sc: 12.5-25 Microgramm, max alle 20 Min; alternativ Fentanyl Nasenspray Beginn mit 50 Microgramm pro Dosis. Fentanyl kann auch 12.5-25 Mikrogramm-weise iv gegeben werden, Cave: langsam geben, macht sonst Thoraxrigidität
	2. Temesta exp	<u>Per os:</u> 1mg, max alle 4h	
	3. Dormicum	<u>Iv od sc:</u> 1mg, max alle 20 Min	

	(Cave Kaletra erhöht den Midazolamspiegel)		
Schmerzen	1. Paracetamol	<u>Per os, iv od sc</u> : 1g, max 4x/T	Novalgin <u>per os, iv od sc</u> (subkutan nur in Ausnahmefälle, kann Hautreizungen machen): 1g, max 4x/T Fentanyl sc 12.5-25 Microgramm, max alle 20 Min; alternativ Fentanyl Nasenspray Beginn mit 50 Microgramm pro Dosis Fentanyl kann auch 12.5-25 Mikrogramm-weise iv gegeben werden, Cave: langsam geben, macht sonst Thoraxrigidität Buprenorphin, z.B. Temgesic iv, 0.3mg alle 6-8h od sublingual 0.2mg alle 6-8h
	2. Morphin	Wie bei Dyspnoe	
	3. Dexamethason Falls pleuritische Thoraxsz	<u>Per os, iv od sc</u> (Hautreizungen möglich): 4mg morgens	
Angst	1. Temesta exp	<u>Per os</u> : 1mg, max alle 4h	Diazepam (Valium) per os 2.5-5mg, 3x/T Alternativ 2(-5)mg iv (Cave: langsam geben!) Oder 5mg rektal
	2. Dormicum (Cave Kaletra erhöht den Midazolamspiegel)	<u>iv od sc</u> : 1mg, max alle 20 Min	
Unruhe	1. Haldol	<u>Per os, sc od iv</u> : 0.5-1mg, max alle 4h	
	2. Chlorpromazin (Largactil)	<u>iv</u> : 6.25-12.5mg als Kurzinfusion od kontinuierlich über 12h	
	3. Levomepromazin (Nozinan)	<u>Per os</u> : 6-12mg <u>sc od iv</u> : 6.25-12.5mg	
Sterberasseln (erste Massnahme: parenterale Flüssigkeitszufuhr reduzieren)	1. Buscopan	<u>iv od sc</u> : 20mg, max 6x/T	
Nausea und Emesis	1. Metoclopramid	<u>iv od sc</u> : 10mg, 4-6x/T	Motilium 10mg sublingual, 3x/T Ondansetron 4-8mg sublingual od iv, 2-3x/T
	2. Haldol	<u>Per os, sc od iv</u> : 0.5-1mg, max alle 4h	
	3. Dexamethason	<u>Per os od iv od sc</u> (Hautreizungen möglich): 4mg morgens	
	4. Temesta exp	<u>Per os</u> : 1mg, max alle 4h	
Fieber (keine NSAR geben)	1. Paracetamol	<u>Per os, iv od sc</u> : 1g, max 4x/T	
	2. Novalgin	<u>Per os, iv od sc</u> (subkutan nur in Ausnahmefällen da	

		Hautreizungen möglich): 1g, max 4x/T	
Obstipation	1. Movicol	Per os: 25ml od 1 sachet, bis 3x/T	
	2. Laxoberon	Per os: 10-20 Trpf. zur Nacht	