

# Palliativmedizinisches Basisassessment

PBA Seite 1 von 3

Patientendaten:	Grunderkrankung:
	Indikation:
	Indikation (Patientensicht):
	Hauptziel (Patientensicht):
Datum, Name, Unterschrift:	

## Symptomscore (MIDOS)

Ref.: Stiel S et al., [Validation of the new version of the minimal documentation system (MIDOS) for patients in palliative care: the German version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS)], Schmerz. 2010 Dec;24(6):596-604.

Symptom / Skala	Kein (0)	Leicht (1)	Mittel (2)	Stark (3)
Übelkeit				
Erbrechen				
Verstopfung				
Schwäche				
Appetitmangel				
Müdigkeit / Erschöpfung				
Schlafstörung				
Probleme wg. Wunden				
Atemnot				
Lymphödem				
Hilfsbedarf bei ATL				
Depression / Antriebsmangel				
Angst				
Verwirrtheit / Desorientiertheit				
Versorgungsprobleme				
Überforderung der Familie				

## ECOG Performance Status (Erfassung der Alltagskompetenz und Mobilität)

Ref.: Oken MM et al., Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group, Am J Clin Oncol. 1982 Dec;5(6):649-55.

0	Normale uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung.	
1	Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich.	
2	Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen.	
3	Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden.	
4	Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden.	

## Ernährungsstatus

BMI	Größe (cm):	Gewicht (kg):	BMI (kg/m <sup>2</sup> ):
Gewichtsverlust	In den letzten 3 Monaten: _____ kg ODER In den letzten 6 Monaten: _____ kg		
Ernährung	Enteral	Vollständig:	Teilweise:
	Parenteral	Vorhanden:	
		Nicht vorhanden:	

# Palliativmedizinisches Basisassessment

PBA Seite 2 von 3

Patientendaten:

## Schmerzanamnese

Ref.: BPI-short form: Gleeland SC, Pain research group, 1991).

Schmerzintensität - Akutell: - Maximal in den letzten 24h:	0	1	2	3	4*	5	6	7	8	9	10				
	0	1	2	3	4*	5	6	7	8	9	10				
*Cut off >4 Schmerzfragebogen „BPI-short form“															
Schmerztyp - Patientenbeschreibung:  - Klassifikation (optional):	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Somatisch:</td> <td style="width: 33%;">Viszeral:</td> <td style="width: 33%;">Neuropathisch:</td> </tr> </table>											Somatisch:	Viszeral:	Neuropathisch:	
Somatisch:	Viszeral:	Neuropathisch:													
Schmerzmedikation - WHO-Klassifikation:  - Co-Analgetika:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Keine:</td> <td style="width: 25%;">WHO I:</td> <td style="width: 25%;">WHO II:</td> <td style="width: 25%;">WHO III:</td> </tr> </table>											Keine:	WHO I:	WHO II:	WHO III:
Keine:	WHO I:	WHO II:	WHO III:												

## Sozialanamnese

Familie	Familienstand:	Kinder:
	Primärer Ansprechpartner:	
Beruf		
Interessen/Hobbies		
Spiritualität		
Patientenverfügung	Liegt vor:	Liegt nicht vor:
Vorsorgevollmacht	Liegt vor:	Liegt nicht vor:

## Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Hauptprobleme:	
Individueller Behandlungsplan:	

# Palliativmedizinisches Basisassessment

PBA Seite 3 von 3

Patientendaten:

## Lebensqualität (Distress-Thermometer)

Ref.: NCCN 1.2011 Distress Management Guideline. © National Comprehensive Cancer Network.

Vom Patienten alleine ausgefüllt:

Vom Patienten mit Hilfe ausgefüllt:

### Anleitung:

**ERSTENS:** Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



**ZWEITENS:** Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA	NEIN		JA	NEIN	
		<b>Praktische Probleme</b>			<b>Körperliche Probleme</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Äußeres Erscheinungsbild
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Versicherung / Finanzielle Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen, Ankleiden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit / Ausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beförderung / Transport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lassen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behandlungsentscheidungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung
		<b>Familiäre Probleme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Umgang mit Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen / Ernährung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung / Müdigkeit (Fatigue)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fähigkeit Kinder zu bekommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angeschwollen / Aufgedunsen Fühlen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Familiäre Gesundheitsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber
		<b>Emotionale Probleme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung / Mobilität
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gedächtnis / Konzentration
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entzündungen im Mundbereich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene / verstopfte Nase
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
		<b>Spirituelle oder religiöse Fragen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sexuelle Probleme
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene / juckende Haut
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Händen / Füßen

Sonstige Probleme: \_\_\_\_\_