

Medikationsanalyse

„Erweiterte Medikationsberatung bei oraler Antitumorthherapie“

Zur Medikationsanalyse bringt der Patient sämtliche von ihm eingenommenen Arzneimittel mit. Diese werden ausgebreitet und der Patient dazu befragt:

Fragen an den Patienten	Notizen	
Welche Arzneimittel wenden Sie als Dauermedikation an?		
Welche Arzneimittel wenden Sie als Akutmedikation an?		
Welche Arzneimittel wurden Ihnen verordnet?		
Welche Arzneimittel nehmen Sie in der Selbstmedikation?		
Wofür bzw. wogegen wenden Sie die Arzneimittel an? 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____		
Wie wenden Sie die Arzneimittel an? (Ggf. Anwendung zeigen lassen, Dosierung des Patienten mit Medikationsplan abgleichen)		
Gibt es Beschwerden/Nebenwirkungen, die Sie mit einem Ihrer Arzneimittel in Zusammenhang bringen? Falls ja, welche? (Zutreffendes ankreuzen)		
Beschwerden innerhalb der letzten 4 Wochen		
Appetitlosigkeit/Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	
Atemprobleme	<input type="checkbox"/>	
Durchfall	<input type="checkbox"/>	
Gangunsicherheit/Gangstörungen	<input type="checkbox"/>	
Geschwollene Beine	<input type="checkbox"/>	
Hämatome	<input type="checkbox"/>	
Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	
Juckreiz/Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	
Kognitive Einschränkungen	<input type="checkbox"/>	
Magenbeschwerden/Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	
Müdigkeit/Sedierung	<input type="checkbox"/>	
Nasenbluten/Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	

Medikationsanalyse

„Erweiterte Medikationsberatung bei oraler Antitumorthherapie“
 (Fortsetzung)

Fragen an den Patienten		Notizen
Beschwerden innerhalb der letzten 4 Wochen		
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	
Schwindel	<input type="checkbox"/>	
Sexualstörungen (Libidoverlust/Potenzstörungen)	<input type="checkbox"/>	
Stürze	<input type="checkbox"/>	
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	
Weitere Symptome:	<input type="checkbox"/>	

Besteht ein zeitlicher Zusammenhang zwischen der Anwendung des Arzneimittels und dem Auftreten des unerwünschten Ereignisses?	
Wenn Sie sich manchmal nach der Einnahme schlechter fühlen, setzen Sie das Medikament dann ab?	
Nehmen Sie von Ihren Medikamenten manchmal zu viel oder zu wenig ein?	
Wie häufig ist es Ihnen im letzten Monat passiert, dass Sie die Einnahme Ihrer Medikamente vergessen haben?	
Wie lagern Sie Ihre Arzneimittel? (Lichtempfindlichkeit, Temperatur, Feuchtigkeit)	
Welche Erwartungen haben Sie an die Medikationsberatung?	
Welche Probleme stehen für Sie gesundheitlich oder mit Ihren Arzneimitteln im Vordergrund?	
Haben Sie in der Vergangenheit bereits andere Medikamente zur Krebsbehandlung eingenommen oder als Infusion/Injektion erhalten?	
Haben Sie bereits mit der aktuell verordneten Krebstherapie begonnen? Wenn ja, wie lange nehmen Sie diese Medikamente bereits ein? Bestehen bereits Nebenwirkungen durch die Medikamente?	
Was wurde Ihnen bereits zu den Medikamenten, die Sie aufgrund der Krebserkrankung einnehmen sollen, erklärt?	
Bestehen Beschwerden, die die Einnahme beeinträchtigen könnten? (z. B. Schluckbeschwerden oder Übelkeit und Erbrechen)	
Nehmen Sie Ihre Medikamente selbstständig ein? Können Sie die Medikamentenpackungen öffnen/die Tabletten/Kapseln entnehmen?	

Medikationsanalyse

„Erweiterte Medikationsberatung bei oraler Antitumorthherapie“
(Fortsetzung)

Beobachtungen des Apothekers	
Verfallene Medikamente	
Nicht angebrochene Packungen	
Fehlende Medikamente laut Medikationsplan	
Doppelte Medikamente (Verordnungen verschiedener Ärzte?)	
Verdacht auf Missbrauch/Fehlgebrauch	
Überdosierung	
Kontraindikationen	