Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer
zur Qualitätssicherung

**FORMBLATT**

* **Notfallplan – Anaphylaxie**

Stand: 25.02.2022

**Leitlinie:**

Durchführung von COVID-19-Schutzimpfungen in öffentlichen Apotheken

Durchführung von Grippeschutzimpfungen in öffentlichen Apotheken im Rahmen der Modellvorhaben

Durchführung von Grippeschutzimpfungen in öffentlichen Apotheken im Rahmen der Regelversorgung

**Hinweise zur Benutzung des Bogens**

Die Arbeitshilfe Notfallplan - Anaphylaxie soll eine Hilfestellung bei der Formulierung individueller Arbeitsanweisungen leisten. Es empfiehlt sich, die Arbeitshilfe durch apothekenspezifische Details an den entsprechenden Stellen zu ergänzen bzw. zu ändern und am Arbeitsplatz auszulegen bzw. auszuhängen.

|  |
| --- |
| Notfallplan A**naphylaxie**  |
|  |
| **Erste-Hilfe-Maßnahmen** |
| **Notruf absetzen****Notfallausrüstung****Erste-Hilfe-Nothelfer** | Tel.:Wo:Name: |
|  |
| **Notfallmaßnahmen:** |
| * Hilfe organisieren
* Notruf absetzten
* Ruhe bewahren
* Beim Patienten/ bei der Patientin bleiben: beobachten und beruhigen
* ggf. Blutdruck und Sauerstoffsättigung prüfen
* Adrenalin-Autoinjektor bereithalten
* Anaphylaxie-Zeichen beachten
 |
|  |
| **Anaphylaktische Reaktionen - Stadien** |
| **Stadium I** | * u. a. Schwindel, Kopfschmerz, Tremor
* u. a. Hautreaktionen: Erythem, Flush, Juckreiz, Ödem
 |
| **Stadium II****Spätestens jetzt 112 anrufen!!!** | * Zusätzlich: Übelkeit, Erbrechen, Blutdruckabfall, Tachykardie, Atemnot
 |
| **Stadium III****Epinephringabe** | * Zusätzlich: Bronchospasmus, Schock
* Intramuskulär mittels Autoijnektor, Anwendung nach Herstellerangabe
 |
| **Stadium IV****Kardiopulmonale Reanimation** | * Herz-Kreislauf-Stillstand
 |
|  |
| **Grundlage für Notfallmaßnahme** |
| * Rechtfertigender Notstand nach § 34 StGB („Gefahr für Leib und Leben“; akute Gesundheitsgefährdung des Patienten, die anderweitig nicht abzuwenden ist)
* Beherrschte Techniken müssen nach Kenntnisstand eingesetzt werden, sonst unterlassene Hilfeleistung § 323c StGB
 |

|  |
| --- |
| **Freigabe** |
| Datum | Unterschriftverantw. Apotheker/in / zur Vertretung berechtigte Person |