Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

**Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation**

* **Ergebnisbericht/Rücksprache mit dem Arzt**

Stand der Revision: 29.01.2024

**Hinweise für die Verwendung der Arbeitshilfe:**

Die vorliegende Arbeitshilfe enthält eine Blankovorlage für den Ergebnisbericht bzw. die Rücksprache mit dem Arzt / der Ärztin nach Durchführung der pDL „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“. Die Arbeitshilfe ist an die individuellen Abläufe und Gegebenheiten in der Apotheke anzupassen. Bitte ergänzen Sie unter anderem auch Namen, Anschrift und Telefonnummer Ihrer Apotheke.

Der Ergebnisbericht sollte folgende Kernelemente beinhalten:

1. Anschreiben
2. Medikationsplan
3. Übersicht über die pharmazeutische AMTS-Prüfung (siehe letzte Seite in dieser Arbeitshilfe)

Nutzen Sie zur Erstellung des Ergebnisberichts die Arbeitshilfe [**„Empfehlungen für die Erstellung des Ergebnisberichts an Ärzt\*innen“**](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pharmazeutische_Dienstleistungen/pDL/Medikationsberatung/pDL_MB_Arbeitshilfe_Empfehlungen_Bericht_BAK.pdf)**.**

Nach der Durchführung der pDL „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ können zwei Szenarien auftreten, für die wir Ihnen folgende Vorgehensweise empfehlen:

**Szenario 1**

Sie haben keine Auffälligkeiten/Diskrepanzen/ABP festgestellt. Ergänzen Sie die Einleitung (siehe nächste Seite) mit den von ihnen genutzten Quellen zur Medikation und ggf. weiterer relevanter Daten des Patienten und ergänzen Sie folgenden Abschnitt:

*Es wurden keine Auffälligkeiten und relevanten Diskrepanzen zwischen Medikationsplan und tatsächlicher Anwendung des Patienten / der Patientin festgestellt. Es besteht für Sie kein akuter Handlungsbedarf.* *Nach Durchführung eines Medikationsabgleichs finden Sie im Anhang den aktuellen Medikationsplan laut Patienten / der Patientin mit der Bitte um Prüfung und zur weiteren Verwendung.*

**Szenario 2*:***

Sie haben Auffälligkeiten/Diskrepanzen/ABP festgestellt. Ergänzen Sie die Einleitung (siehe nächste Seite) mit den von ihnen genutzten Quellen zur Medikation und ggf. weiterer relevanter Daten des Patienten und ergänzen Sie die folgenden Abschnitte in Anlehnung an die Arbeitshilfe [**„Empfehlung für die Erstellung des Ergebnisberichts an Ärzt\*innen“**](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pharmazeutische_Dienstleistungen/pDL/Medikationsberatung/pDL_MB_Arbeitshilfe_Empfehlungen_Bericht_BAK.pdf).Ebenfalls kann die Arbeitshilfe [**„Formulierungshilfen für die Kommunikation mit dem Arzt“**](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pharmazeutische_Dienstleistungen/pDL/Medikationsberatung/pDL_MB_Arbeitshilfe_Formulierungen_Arztkommunikation_BAK.docx)unterstützend genutzt werden.

Beide Arbeitshilfen sind im Bereich „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ unter dem Unterpunkt „Ergänzende Materialien“ auf dem pDL Campus zu finden.

Eine Kopie des Ergebnisberichts ist in der Apotheke zur Dokumentation aufzubewahren.

Sehr geehrte/r Frau/Herr Dr. XYZ,

auf Wunsch Ihrer Patientin / Ihres Patienten XX wurde eine Medikationsberatung bei Polymedikation durchgeführt. Die Prüfung der Medikation erfolgte auf Basis der Angaben im Medikationsgespräch, den mitgebrachten Arzneimitteln, [….].

***Text ergänzen***

Bei Fragen zum pharmazeutischen Konsil wenden Sie sich gerne an mich.

Mit freundlichen Grüßen

*Auf die folgenden Punkte wurde die in der Apotheke vorliegende Medikation systematisch geprüft:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prüfung nach Leitlinie:  Medikationsanalyse** | | **Geprüft** | **In Apotheke gelöst** | **Handlungsbedarf** (ggf. Kommentar bzw. siehe Anschreiben) |
| 1. **Allgemein** | 1.1 Abweichungen Medikationsplan/  Gespräch mit Patient\*in |  |  |  |
| 1. **Informations- bedarf** | 2.1 Behandlungsgrund unbekannt |  |  |  |
| 2.2 Anwendung, Darreichungsform  (z.B. Teilbarkeit) |  |  |  |
| 2.3 Ungeeignete(s) Dosierung/  Dosierungsintervall |  |  |  |
| 1. **Auffälligkeiten der Medikation** | 3.1 (Pseudo-)Doppelmedikation |  |  |  |
| 3.2 Relevante Interaktion |  |  |  |
| 3.3 Ungeeigneter Anwendungszeitpunkt |  |  |  |
| 3.4 Mögliche Nebenwirkungen |  |  |  |
| 3.5 Therapietreue |  |  |  |
| 3.6 Probleme Selbstmedikation  (Dosierung, Indikation) |  |  |  |
| 3.7 Mögliche Kontraindikation  (Alter, GFR, Geschlecht) |  |  |  |
| 3.8 Ungeeignete Lagerung |  |  |  |
| 1. **Sonstiges** |  |  |  |  |
| **Rück- sprache** | Zur Kenntnis / kein Handlungsbedarf  Bitte um Rückruf  Ich melde mich bei Ihnen  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name Apotheker\*in Datum, Unterschrift | | | |