

HANDLUNGSANWEISUNG

Sicherheitsmitteilung Philips-Geräte

Das vorliegende Formular steht in Zusammenhang mit der von Philips am 10. und 16. Juni 2021 publizierten Sicherheitsmitteilung. Bei dem/der genannten Patient/in ist ein von der Sicherheitsmitteilung betroffenes Therapiegerät im Einsatz. Mit diesem Formular präzisiert der/die verordnende Arzt/Ärztin das Vorgehen für die Lungenliga.

Die bereits vorliegende Erstverordnung/Wiederholungsverordnung behält ihre grundsätzliche Gültigkeit.

A) Patient/in (alle Felder zwingende Eingaben)

| | | | |
|---------------|-------|---------------|-------|
| Name/Vorname* | _____ | Geburtsdatum* | _____ |
| Adresse* | _____ | | |
| PLZ* / Ort* | _____ | | |

B) Gerätetyp/-modell und Seriennummer (betroffenes Gerät ankreuzen)

| CPAP und Bilevel-Geräte gemäss Sicherheitsmitteilung vom 16.06.2021 | | Heimventilations-/Beatmungsgeräte gemäss Sicherheitsmitteilung vom 10.06.21 | |
|--|------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | DreamStation | <input type="checkbox"/> | OmniLab Advanced+ |
| <input type="checkbox"/> | DreamStation Go | <input type="checkbox"/> | SystemOne (Q-Series) |
| <input type="checkbox"/> | DreamStation ASV | <input type="checkbox"/> | Dorma 400 |
| <input type="checkbox"/> | DreamStation ST, AVAPS | <input type="checkbox"/> | Dorma 500 |
| <input type="checkbox"/> | SystemOne ASV4 | <input type="checkbox"/> | REMstar SE Auto |
| <input type="checkbox"/> | C-Series ASV | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | C-Series S/T und AVAPS | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Trilogy 100 |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Trilogy 200 |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Garbin Plus, Aeris, LifeVent |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | A-Series BiPAP Hybrid A30 |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | A-Series BiPAP V30 Auto |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | A-Series BiPAP A40 |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | A-Series BiPAP A30 |

Serien-Nr. : _____

C) Präzisierung der weiteren Therapie (siehe auch Empfehlungen SGP/SGSSC zur Philips AG Sicherheitsmeldung 12.07.2021)

Variante: Gerät wurde bereits ausgetauscht

Der/Die Patient/in (oder gesetzliche Beistand) wurde von mir bzw. der Lungenliga über die Philips-Sicherheitsmitteilung informiert. Das betroffene Gerät wurde bereits beim / bei der Patient/in ausgetauscht und die Therapie läuft bereits regulär weiter.

Variante: Weiterführen der Therapie

Der/Die Patient/in (oder gesetzliche Beistand) wurde von mir bzw. der Lungenliga über die Philips-Sicherheitsmitteilung informiert. Ich halte an der ursprünglichen Therapieverordnung fest. Der/Die Patient/in soll die Therapie weiterführen.

- **Schlafapnoe-Therapie:** Zur Weiterführung der Therapie kann das bisherige Therapiegerät des/der Patienten/in bis auf weiteres weiterhin verwendet werden. Sobald die Lungenliga als Abgabestelle des Geräts eine Korrekturmassnahme durchführen kann (Ersatz oder Reparatur des Geräts durch den Hersteller) soll die Korrekturmassnahme initiiert werden.
- **Heimventilation-Therapie:** Zur Weiterführung der Therapie kann das bisherige Therapiegerät des/der Patienten/in bis auf weiteres weiterhin verwendet werden. Sobald eine Korrekturmassnahme durchgeführt werden kann (Ersatz oder Reparatur des Geräts durch den Hersteller), soll diese unter Einbezug/Überwachung mit dem behandelnden Arzt initiiert werden.
- **Egal, ob Schlafapnoe-/Heimventilationstherapie:** Der/Die Patient/in erhält (trotz erheblicher Lieferengpässe am Markt) so bald als möglich ein Ersatzgerät eines anderen Herstellers.

Variante: vorübergehender Therapiestopp

Der/Die Patient/in (oder gesetzliche Beistand) wurde von mir bzw. der Lungenliga über die Philips-Sicherheitsmitteilung informiert. Der/Die Patient/in soll die Therapie mit dem betroffenen Gerät bis auf weiteres **nicht** weiterführen. Da ad hoc kein Ersatzgerät bereitgestellt bzw. eine Reparatur durchgeführt werden kann, soll der/die Patient/in einen vorübergehenden Therapiestopp durchführen.

Sobald die Lungenliga als Abgabestelle des Geräts eine Korrekturmassnahme durchführen kann (Ersatz oder Reparatur des Geräts durch den Hersteller) soll diese initiiert werden.

D) Verwendung Inline-Filter

Bei Entscheid auf Weiterführung der Therapie mit dem o.g. Therapiegerät soll bis auf Weiteres **kein** Inline-Filter eingesetzt werden.

Bei Entscheid auf Weiterführung der Therapie mit dem o.g. Gerät soll bis auf Weiteres ein Inline-Filter eingesetzt/verwendet werden (Verwendung gemäss Details SGP-Empfehlungen vom 12.07.2021 und Herstellerangaben).

→ Daraus resultierende Änderungen der Geräteeinstellungen bitte hier angeben:

E) Verordnender Pneumologe

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Verordnender Pneumologe /
verordnendes Zentrum
für Schlafmedizin

Datum der Verordnung

Verordnung senden an

| | |
|--|--|
| | |
| | |