

# 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
