

PARKINSON PASSPORT

WICHTIGE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN



parkinson's
europe 

Bitte ermöglichen Sie Menschen mit Parkinson eine sichere Passage auf Reisen

Menschen mit Parkinson machen 1 % der Weltbevölkerung aus.

Parkinson ist eine neurodegenerative Erkrankung, die die Sprechfähigkeit, Koordination und Bewegungsauslösung beeinträchtigt. Unser Verständnis ist nicht beeinträchtigt, wir brauchen jedoch möglicherweise etwas länger, um zu reagieren.

Dieser „Reisepass“ informiert über die Hilfe, die Sie uns leisten können, wenn wir außer Haus unterwegs sind – an Verkehrsknotenpunkten wie Flughäfen, aber auch in Hotels und öffentlichen Räumen.

Parkinson's Europe ist eine gemeinnützige Organisation, die sich dafür einsetzt, dass Menschen mit Parkinson Zugang zu den höchsten Standards der Behandlung, Unterstützung und Pflege erhalten.

parkinsonseurope.org

parkinson's
europe 

Details dieses „Passinhabers“

Name: _____

Bitte beachten Sie die unten aufgeführten spezifischen Parkinson-bezogenen Probleme, die meine Reise beeinträchtigen könnten.

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Kästchen an:

- ☐ **Meine Sprache und Kommunikationsfähigkeit**
- ☐ **Meine Koordinationsfähigkeiten**
- ☐ **Meine Mobilität**
- ☐ **Ich habe eine Tiefe Hirnstimulation (DBS) Implantat**, das erfordert, dass ich mich von elektromagnetischen Geräten fernhalte. Dieses Gerät befindet sich in meiner Brust oder meinem Bauch, mit Kabeln, die meinen Hals hinauf und in die Kopfhaut führen.
- ☐ **Ich besitze eine Infusionspumpe zur Medikamentenverabreichung und trage entsprechende Geräte mit mir.** Die Pumpe trage ich normalerweise in einer speziellen Tasche oder an meiner Hüfte. Sie kann sicher im Flugzeug verwendet werden und beeinträchtigt die Bordinstrumente nicht, auch nicht bei Start und Landung.

Erreichbarkeit und Support

- Beim Check-in oder Empfang kann es sein, dass wir mehr Zeit als üblich benötigen. Bitte planen Sie zusätzliche Zeit ein.
- Seien Sie geduldig, wenn Sie gehen, sprechen und essen – Multitasking ist nicht einfach.
- Das Aufheben von Dingen kann schwierig sein.
- Bedenken Sie, dass Parkinson die Gesichtsmuskulatur beeinträchtigt und Lächeln schwierig sein kann. Wir können möglicherweise nicht wie gewünscht reagieren.
- Schieben oder ziehen Sie uns nicht, wenn wir uns nur schwer bewegen können.
- Es ist einfacher, wenn wir sitzen während wir ein Getränk zu uns nehmen.
- Wenn Sie sehen, dass einer von uns Schwierigkeiten hat, gehen Sie bitte nicht weg – fragen Sie, ob wir Hilfe brauchen.

Gegenstände, die wir möglicherweise mitführen müssen

- Medikamente, die während eines Fluges oder auf Reisen benötigt werden (Pillen, Tabletten oder Pflaster).
- Medizinisch notwendige Geräte wie Infusionspumpen und Injektionspens.
- Fertigspritzen oder Ampullen.
- Kanülen (kurze, dünne Schläuche), die in den Körper eingeführt werden

Im medizinischen Notfall

Geben Sie diese Medikamente NICHT an Menschen mit Parkinson.

- **Medikamente gegen Übelkeit** – wie Metoclopramid, Cyclizin, Prochlorperazin. Wenn ein Antiemetikum erforderlich ist, sollte Domperidon verwendet werden.
- **Antipsychotika** – Haloperidol sollte nicht angewendet werden. Quetiapin ist das Mittel der Wahl. Andere atypische Antipsychotika (z. B. Risperidon, Olanzapin) können in Betracht gezogen werden, wenn Quetiapin nicht vertragen wird.
- **Schmerzmittel** – Pethidin und andere Opiode sollten nicht gleichzeitig mit Selegilin und Rasagilin angewendet werden.

Während der Operation

- Wenn eine Lokalanästhesie erforderlich ist, sollte Adrenalin mit Vorsicht verabreicht werden.
- **Die Duodopa-Pumpeninfusion** kann so lange fortgesetzt werden, wie die orale Einnahme von Flüssigkeiten und Medikamenten erlaubt ist. Während einer Operation kann die Behandlung abgeschaltet werden.
- Die Behandlung mit einer **Apomorphin-Pumpeninfusion** kann vor, während und nach einer Operation fortgesetzt werden.

Vermeidung von Sicherheitskontrollen und Scan-Geräten an Flughäfen und anderen Orten

Ein Implantat zur Tiefenhirnstimulation kann durch elektrische oder magnetische Einflüsse beeinträchtigt werden (siehe Liste unten). Ich muss daher die Interaktion mit elektromagnetischen Systemen vermeiden, die mir Unbehagen bereiten, die Funktion des Implantats beeinträchtigen oder es sogar versehentlich ausschalten könnten.

Ich sollte solche Geräte daher umgehen oder mich so weit wie möglich von dem Gerät entfernen.

- Wenn eine Leibesvisitation erforderlich ist, muss diese manuell durch Sicherheitsbeamte erfolgen.
- Ein handgehaltener Sicherheitsstab kann verwendet werden, dieser darf jedoch NICHT über meinem Neurostimulator platziert werden, der in meiner Brust oder meinem Bauch platziert ist.

Behandlung und Operation, Fortsetzung

- Wenn ich ein Implantat für einen Tiefenhirnstimulator habe, kann mein DBS während der Operation abgeschaltet werden und es kann nur eine bipolare Diathermiebehandlung angewendet werden.

Folgende Behandlungen oder Therapien sollte ich nicht erhalten:

- Magnetresonanztomographie (MRT), sofern nicht ausdrücklich von meinem Systemanbieter genehmigt
- Jede Therapie, die auf die Stelle meiner Implantation abzielt, einschließlich Ultraschall, Elektrolyse, Strahlentherapie, Elektrochirurgie und Elektromagnetisierung
- Röntgenaufnahmen, die den/die Implantationsbereich(e) komprimieren (andere Röntgenaufnahmen sind zulässig)
- Ultraschall zur Zahnreinigung
- Herzdefibrillation.
- Jede medizinische Behandlung, bei der elektrischer Strom aus einer externen Quelle durch meinen Körper geleitet wird, muss mit Vorsicht angewendet werden.

Systeme, die das Implantat beeinflussen, sind:

- Körperscanner an Flughäfen.
- Geräte wie Diebstahlmelder (z. B. solche, die an Ein- und Ausgängen von Geschäften, Bibliotheken und anderen öffentlichen Gebäuden verwendet werden).
- Elektrische Geräte wie Schweißgeräte.
- Mikrowellensender.
- Leistungsverstärker.
- Haushaltsgeräte, die Magnete enthalten
- wie Kühlschränke, Stereolautsprecher und Elektrowerkzeuge.

Notfallkontakte

1. Name: _____

Beziehung zu mir: _____

Telefon (inkl. Landesvorwahl): _____

2. Name: _____

Beziehung zu mir: _____

Telefon (inkl. Landesvorwahl): _____

Arzt: _____

Praxisadresse: _____

Telefon (inkl. Landesvorwahl): _____

Unterschrift oder Stempel
des Arztes:

Datum: / /

Details zu Geräten und Implantaten Ich kann tragen oder tragen

Informationen zum Implantat zur Tiefenhirnstimulation

Ich habe mir einen Neurostimulator
implantieren lassen an : / /

Seriennummer des Geräts: _____

Name des Krankenhauses _____
und Land: _____

Apomorphin (Apomorphinhydrochlorid)

subkutan verabreicht mit einem Injektionspen
ODER über einen Katheter mit einem kleinen,
tragbaren Infusionspumpensystem.

Meine Apomorphindosis ist wie folgt:

Zeitpunkt der Einnahme: _____

Dosierung des
Injektionsstifts: [] mg

Infusionsdosis: [] mg/Stunde

Duodopa Darmgel und Infusionspumpe

– Dieses Medikament wird als kontinuierliche
Darminfusion über eine Pumpe verabreicht.

Ich habe meine Levodopa/Carbidopa-Pumpe erhalten
am: / /

Seriennummer der Pumpe: _____

- Kassetten sollten stets gekühlt oder kühl (2 °C bis 8 °C) aufbewahrt und vor Sonnenlicht geschützt werden.
- Sobald die Kassetten Raumtemperatur erreicht haben, können sie bis zu 16 Stunden lang verwendet werden.
- Die Bedienung meiner Infusionspumpe sollte nur von einer Person durchgeführt werden, die mit dem Gerät vertraut ist. Es kann zu Schwierigkeiten bei der Handhabung der Pumpe und der Schlauchverbindungen kommen, was zu Komplikationen führen kann. Gegebenenfalls ist die Unterstützung einer Pflegekraft erforderlich.

Produodopa-Pumpe (Foslevodopa/Foscarbidopa)

– Dieses Medikament wird kontinuierlich und subkutan
über eine Spritze verabreicht, die mit einer kleinen
Pumpe verbunden ist (auf Reisen normalerweise im Etui).

Ich habe meine Foslevodopa/Foscarbidopa-Pumpe
erhalten am: / /

Seriennummer der Pumpe: _____

- Die Fläschchen sollten stets gekühlt oder kühl (2 °C bis 8 °C) aufbewahrt und vor Sonnenlicht geschützt werden.
- Die Durchstechflaschen können bei Raumtemperatur (bis maximal 30 °C) für einen einmaligen Zeitraum von bis zu 28 Tagen gelagert werden. Nach der Lagerung bei Raumtemperatur dürfen sie nicht wieder in den Kühlschrank zurückgestellt werden.
- Die Durchstechflaschen dürfen nur zur Verwendung geöffnet werden, da das Produkt nach dem Umfüllen aus der Durchstechflasche in die Spritze innerhalb von 24 Stunden verwendet werden muss.
- Die Bedienung meiner Infusionspumpe sollte nur von einer Person durchgeführt werden, die mit dem Gerät vertraut ist. Es kann zu Schwierigkeiten bei der Handhabung der Pumpe und der Schlauchverbindungen kommen, was zu Komplikationen führen kann. Gegebenenfalls ist die Unterstützung einer Pflegekraft erforderlich.

Lecigon Darmgel und Infusionspumpe

Dieses Medikament wird als kontinuierliche Darminfusion über eine tragbare Infusionspumpe verabreicht.

Ich habe meine Lecigon-Pumpe erhalten am: / /

Seriennummer der Pumpe: _____

- Kassetten sollten stets gekühlt oder kühl (2°C bis 8°C) aufbewahrt und vor Sonnenlicht geschützt werden. Sie können bis zu 24 Stunden nach der Entnahme aus dem Kühlschrank verwendet werden.
- Die Pumpe sendet keine Funkwellen aus und kann daher nicht mit der elektronischen Bordinstrumentierung interferieren. Es gibt keine Kontraindikationen für das Passieren von Metalldetektoren am Flughafen mit angeschlossener Pumpe. Es wird empfohlen, die Pumpe NICHT durch einen Röntgenscanner zu führen.
- Die Pumpe, PEG oder der Jejunalschlauch sollte nicht ohne einen alternativen dopaminergen Plan entfernt werden, es sei denn, dies ist klinisch notwendig für eine lebensrettende Behandlung. Wenn die PEG oder der Schlauch/Katheter entfernt werden muss, sollte dies in einer kontrollierten Umgebung erfolgen, Datum/Uhrzeit/Grund sollten dokumentiert und ein Neurologe informiert werden.

Hilfe bei der Medikamentenverabreichung

– falls erforderlich

Es kann vorkommen, dass Hilfe erforderlich ist, um mir meine Medikamente verabreichen.

Es ist sehr wichtig, dass ich die richtige Dosis meiner Medikamente zum richtigen Zeitpunkt erhalte. Die folgende Tabelle listet diese Details auf. Diese sind:

Name des Medikaments: _____

Dosierung: _____

Zeitpunkt der Einnahme: _____

Name des Medikaments: _____

Dosierung: _____

Zeitpunkt der Einnahme: _____

Ich nehme an einer klinischen Studie teil

Ich nehme an folgender klinischer Studie teil:

Protokoll-ID: _____

Meine Patientennummer lautet: _____

Ich werde behandelt mit: _____

Im Notfall oder wenn Sie weitere Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte an:

Krankenhaus: _____

Studienarzt: _____

Telefonnummer: _____

Studienkrankenschwester: _____

Telefonnummer: _____

Medikation fortgesetzt

Name des Medikaments: _____

Dosierung: _____

Zeitpunkt der Einnahme: _____

Name des Medikaments: _____

Dosierung: _____

Zeitpunkt der Einnahme: _____

Name des Medikaments: _____

Dosierung: _____

Zeitpunkt der Einnahme: _____