KSA
Kinderspital
Aarau

4. Aarauer Notfalltag

03. September 2026

Unterlagen zum Workshop I.

Kindernotfall: Essentials Knowledge & Tools Part II

Laura Benetti, Claudia Ging, Sabine Merz,

Muriel Portmann, Michele Semprebon

Pflegeteam Kindernotfall KSA

***

Karin Bürstl und Claudia Steger

Kinderschutzgruppe KSA

***

Alexander Milligan/Dr.Hüpf und Kurt Bucher/Dr.Wolle

Stiftung Theodora

***

Erika Nussberger OÄ mbF, Patrick Haberstich LA

© Kindernotfall Aarau

KSA
Kinderspital
Aarau

INHALT

Posten 1 – Alexander Milligan und Kurt Bucher, Stiftung Theodora 3

Praktische Werkzeuge für den Erstkontakt mit Kindern im Notfall 3

Posten 2 – Muriel Portmann, Pflegeteam Kindernotfall KSA 4

Gastroenteritis 4

Posten 3 – Laura Benetti und Claudia Ging, Pflegeteam Kindernotfall KSA 5

Obstruktive Bronchitis 5

Posten 4 – Karin Bürstl und Claudia Steger, Kinderschutzgruppe KSA 6

Kinderschutz-Quiz einmal quer Beet 6

Posten 5 – Michele Semprebon, Pflegeleitung Kindernotfall KSA 7

Pädiatrisches Schädel-Hirn-Trauma 7

Posten 6 – Sabine Merz, Pflegeteam Kindernotfall KSA 8

Häufig verwendete Medikamente auf dem pädiatrischen Notfall 8

Nützliche Informationen sind auch abrufbar auf dem frei zugänglichen Teil der Plattform des Kinderspitals Aarau: **https://www.kkj-wiki.ch/**

- Informationen für Eltern
- Medizinische Informationen & Ratgeber

Bei Fragen im Umgang mit Kindern sind wir zudem jederzeit telefonisch erreichbar

- 062 838 57 29 (Mo-Fr zu Bürozeiten; Sekretariat Kindernotfall)
- 062 838 41 41 (Zentrale KSA → Kindernotfall verlangen; Randzeiten/Wochenende)

POSTEN 1 – ALEXANDER MILLIGAN UND KURT BUCHER, STIFTUNG THEODORA

PRAKTISCHE WERKZEUGE FÜR DEN ERSTKONTAKT MIT KINDERN IM NOTFALL

KERNBOTSCHAFTEN

1. «READ THE ROOM» - ZUERST BEOBACHTEN, DANN HANDELN

- Was macht das Kind gerade?
- Was ist die Stimmung im Raum?
- Wo stehen die Eltern?
- Hat das Kind Angst oder ist es neugierig?

2. NIMM DIR AM ANFANG BEWUSST ZEIT FÜR DEN BEZIEHUNGSAUFBAU

WAS DICH 30 SEKUNDEN KOSTET, SPART DIR SPÄTER OFT MEHRERE MINUTEN UND MACHT DIE SITUATION FÜR DAS KIND DEUTLICH ANGENEHMER.

Mögliche Icebraker:

- Seifenblase
- Handschuh-Figuren (Elefant, Hase, Pikachu)
- Papier-Röseli
- Universum des Kindes warhnehmen
- Spielerische Fragen Bsp. Farbe, Alter, Schule, Kindergarten, Plüschtier, etc.

3. VERTRAUEN ENTSTEHT ÜBER WAHRNEHMUNG

KINDER ENTSCHEIDEN SEHR SCHNELL (OFT IN SEKUNDEN), OB EINE PERSON «SICHER» IST, BASIEREND AUF:

- Körpersprache (Nähe und Distanz)
- Blickkontakt
- Tempo der Bewegung (angepasst, nicht zu schnell)
- emotionale Präsenz

4. SPIEL UND LEICHTIGKEIT ALS ZUGANG (PLAYFULNESS)

KINDER ENTWICKELN UND ENTDECKEN DIE WELT IM SPIEL:

- Spiel reduziert Bedrohung
- Spiel bedeutet oft Empowerment (Das Kind steht im Zentrum und wird «befähigt»)
- Humor und Leichtigkeit schafft Verbindung

“We amplify the healthy part of the child. We leave the room filled with the warm shimmering glow of play.” (Michael Christensen)

5. WAS NEHMEN WIR MIT?

- Es gibt kein festes Rezept – improvisiere
- Authentizität ist entscheidend
- Gib dem Kind möglichst viele kleine Entscheidungen
- Investiere die ersten 30–60 Sekunden in die Beziehung

KSA
Kinderspital
Aarau

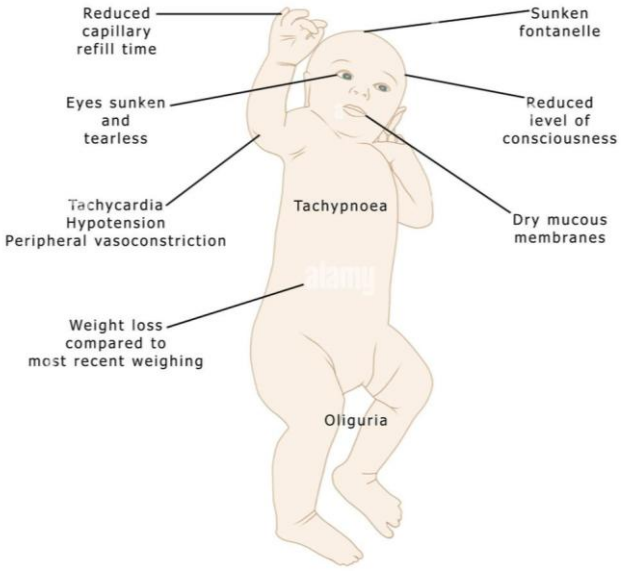
POSTEN 2 – MURIEL PORTMANN, PFLEGETEAM KINDERNOTFALL KSA

GASTROENTERITIS

Die Gastroenteritis ist einer der häufigsten Gründe für eine Vorstellung in der Praxis oder auf dem Notfall. Sie ist oft viral bedingt.

Symptome

- Erbrechen
- Bauchschmerzen
- Durchfall
- Fieber
- Gewichtsverlust (wenn möglich immer Nacktgewicht machen)



Differenzialdiagnosen

- Harnwegsinfekt
- Schädelhirntrauma
- Appendizitis
- Ileus (galliges Erbrechen)

Dehydratationszeichen

- Eingesunkene Fontanelle
- Fehlende Tränen
- Trockene Schleimhäute
- Halonierte Augen
- Reduzierte Miktion (CAVE kein NSAR)

ONDANSETRON

Ondansetron ist ein Antiemetikum, welches bei uns auf dem Kindernotfall genutzt wird. Es wird in Form von einer Schmelztablette verabreicht (auf oder unter der Zunge)

Es wird folgend dosiert und kann alle 8h verabreicht werden:

- Ab 8kg 2mg
- Ab 15kg 4mg
- Ab 30kg 8mg

CAVE bei kardialer Vorgeschichte → Nebenwirkung von Ondansetron ist ein long QT-Syndrom

Trinkversuch mit Apfelsaft

Der Trinkversuch wird bei uns mit Apfelsaft und Wasser 1:1 verdünnt gemacht. Laut kanadischer Studie hat dies den gleichen Effekt wie eine Elektrolytlösung (Elotrans)

Ablauf Trinkversuch

1. Ondansetron verabreichen
2. 20min warten (in dieser Zeit 100ml Wasser mit 100ml Apfelsaft mischen)
3. Getränk bringen → Anleiten langsam schluckweise zu trinken, immer wieder Pausen machen

KSA
Kinderspital
Aarau

POSTEN 3 – LAURA BENETTI UND CLAUDIA GING, PFLEGETEAM KINDERNOTFALL KSA

OBSTRUKTIVE BRONCHITIS

Obstruktive Bronchitis

Symptome

- Giemen
- Atemnot
- Husten
- Einziehungen
- Anstrengungsintoleranz
- Sprechdyspnoe
- Trinkschwäche

Untersuchung

- Stossende Atmung & verlängertes Expirium
- Einsatz der Atemhilfsmuskulatur (Einziehungen)
- Nasenflügeln
- Thorakale-abdominale Asynchronie
- Auskultation: Giemen
- "Silent-Chest" (Cave : drohende respiratorische Insuffizienz)

Therapie

- Sauerstofftherapie: ab <90%Spo2 & unter Berücksichtigung der Atemarbeit!
- Kurzwirksame B-Sympathomimetika (Salbutamol) Medikament der ersten Wahl
- Inhalation mit Ipratropiumbromid ausschliesslich bei Kindern über 2J. und bei Exacerbation

Vorbereitung

- **Spo2 Sensor anbringen**
  Tipp: bei stark aversiven Kindern an den Zehen gut kleben und Socken drüber anziehen.
- **Kinder zuerst beruhigen, ablenken, Comfortpositionierung anbieten (Kleinkinder aufrecht auf elterlichem Schoss positionieren)**
- **Vor jeder Inhalation Atemfrequenz auszählen**
- **Kontrolle der Ventilblätter (könnten verklebt sein, dann zuerst lockern)**

Entlassung nach Hause:

- Besserung des klinischen Zustands und der bronchialen Obstruktion
- stabiles Kind bei einer Salbutamol Inhalation alle 3-4h 4 Hub. und Sättigung >92% unter Raumluf

Ventolin

<6 Jahre 6 Hübe
>6 Jahre 12 Hübe

Eine Stunde alle 20 Minuten wiederholen, danach an die Klinik anpassen

Atrovent

< 6Jahre 4 Hübe
>6 Jahre 8Hübe

Eine Stunde lang alle 20 Minuten

Durchführung

- **Spray schütteln**
- **Spray an Vorschaltkammer anbringen**
- **1 Hub in die Vorschaltkammer (ohne Kind inhalieren zu lassen (statische Entladung)**
- **1. Hub**
- **4-5 Atemzüge**
- **Nächster Hub**
- **Wichtig, 1Hub auf einmal!**
- **Danach Wasser anbieten, um Medikament Ablagerung im Mund zu beseitigen**

Wieso mit Vorschaltkammer?

- **Bessere Wirkdeposition in der Lunge**
- **Weniger Ablagerung Mund-Rachen-Raum**
- **Gleich wirksam wie Vernebler**
- **Maske Säugling/Kleinkind**
- **Mundstück grössere Kinder (ggf. mit Hold-Technik)**

KSA
Kinderspital
Aarau

POSTEN 4 – KARIN BÜRSTL UND CLAUDIA STEGER, KINDERSCHUTZGRUPPE KSA

KINDERSCHUTZ-QUIZ EINMAL QUER BEET

KSG AARAU KSA

KINDERSCHUTZGRUPPE AARAU

Kontakt:

Tel. 062 838 56 16 MO - DO: 08.30-17.00 / FR: 08.30-16.00 kinderschutz@ksa.ch

UNSICHERHEIT IST GRUND GENUG UM UNS ANZURUFEN!

KINDERSCHUTZ IST TEAMWORK

Kindeswohlgefährdungen werden selten auf den ersten Blick erkannt. Häufig sind es kleine Beobachtungen, ein ungutes Gefühl oder einzelne Hinweise, die Fragen aufwerfen. Genau hier beginnt Kinderschutz – nicht mit Gewissheit, sondern mit Aufmerksamkeit und dem Mut, eine Sorge anzusprechen.

Niemand muss schwierige Entscheidungen alleine treffen. Die Kinderschutzgruppe Aarau unterstützt Fach- und Privatpersonen dabei, Beobachtungen fachlich einzuordnen und gemeinsam zu überlegen, welche Schritte im Interesse des Kindes sinnvoll sind. **Unsicherheit ist kein Zeichen von Unwissen – sie ist oft der richtige Zeitpunkt, eine Fachberatung einzuholen.**

Die Stärke der Kinderschutzgruppe liegt in ihrer interdisziplinären Zusammenarbeit. Fachpersonen aus Sozialer Arbeit, Recht, Strafverfolgung und Medizin beurteilen Situationen gemeinsam und bringen ihre unterschiedlichen Erfahrungen in die fachliche Einschätzung ein..

Ein Anruf bei der Kinderschutzgruppe bedeutet nicht automatisch eine Meldung an die KESB oder eine Strafanzeige. Gemeinsam besprechen wir die Situation, wägen mögliche Handlungsoptionen ab und unterstützen Sie dabei, den für das betroffene Kind passenden Weg zu finden. Die Verantwortung für das weitere Vorgehen verbleibt dabei bei der anfragenden Person beziehungsweise ihrer Institution.

UNSER RAT: Warten Sie nicht, bis aus einer Vermutung Gewissheit wird. Lieber einmal mehr bei uns anfragen. Denn wirksamer Kinderschutz beginnt dort, wo Menschen hinschauen, ihre Sorge ernst nehmen und sich Unterstützung holen.

WANN SOLL ICH DIE KSG ANRUFEN?

- Verdacht auf körperliche/sexuelle Gewalt od. Vernachlässigung
- Verdacht auf Häusliche Gewalt
- Verletzungen die sich ein Kind (aufgrund Alter & Entwicklung) nicht selber zugezogen haben kann
- minderjährige schwangere Mütter
- Familien mit Hinweis auf psychische Erkrankung eines Elternteils mit unklaren Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit
- Verdacht auf Münchhausen by proxy
- Eltern mit Substanzkonsum
- stationäre Aufnahme eines Elternteils (ggfs. bei stationärer Behandlung eines Elternteils & Vd. auf fehlende altersentsprechende Betreuung der Kinder)

Die Aufzählung ist nicht abschliessend. Bei Unsicherheiten kontaktieren Sie die Kinderschutzgruppe.

KESB: ZUSTÄNDIGKEIT & NOTFALL

Zuständig ist grundsätzlich die KESB am zivilrechtlichen Wohnsitz des Kindes. Nicht entscheidend ist, wo die Behandlung stattfindet oder in welchem Kanton die Fachperson arbeitet. Im Zweifelsfall hilft die nächstgelegene KESB bei der Klärung der Zuständigkeit.

Kann ein d**ringlicher Entscheid** zum Schutz eines Kindes **nicht bis zum nächsten Arbeitstag** warten und ist die **Kinderschutzgruppe nicht erreichbar,** kann die zuständige **KESB über den Polizeinotruf 117** kontaktiert werden. Das Vorgehen sollte stets im Behandlungsteam abgesprochen sein.

Bist du unsicher? Wenn ja, melde dich: kinderschutz@ksa.ch oder 062 838 56 16

KSA Kinderspital Aarau

POSTEN 5 – MICHELE SEMPREBON, PFLEGELEITUNG KINDERNOTFALL KSA

PÄDIATRISCHES SCHÄDEL-HIRN-TRAUMA

Pädiatrisches Schädel-Hirn-Trauma

KSA Kinderspital Aarau

1-Seiten-Notfallübersicht für Notfallprofis ohne pädiatrischen Schwerpunkt

Ziel: gefährliche Verläufe früh erkennen und Sekundärschaden verhindern

1 Kinder ≠ kleine Erwachsene

- grösserer Kopf, andere Traumamechanik
- Symptome oft altersabhängig und unspezifisch
- Kinder kompensieren lange, dekompensieren dann rasch
- CT sinnvoll, aber wegen Strahlung nicht reflexartig

2 Die ersten 2 Minuten: ABCDE

A	B	C	D	E
A – Airway + HWS stabilisieren	B – Hypoxie vermeiden, Normoventilation anstreben	C – Hypotonie vermeiden: isotone Volumen / Kreislauf support	D – AVPU / GCS, Pupillen, Motorik, Glukose, Krampf	E – Ganzkörperstatus, Normothermie, Misshandlung mitdenken

Nicht auf das CT warten, um das Gehirn zu schützen:
O_2, CO_2, Blutdruck, Glukose, Temperatur und Krampfkontrolle sind Therapie.

3 Red Flags / CCT erwägen / sofort eskalieren

- GCS < 15 oder fallender GCS
- persistierende Bewusstseinsstörung / auffälliges Verhalten
- fokal-neurologisches Defizit oder Pupillenanisokorie
- Krampfanfall nach Trauma
- wiederholtes Erbrechen, zunehmender Kopfschmerz
- Zeichen von Schädelbasisfraktur, offene oder eingedrückte Fraktur
- Hochrasanztrauma oder Verdacht auf Misshandlung

4 Pädiatrischer Neuro-Check

- AVPU oder pädiatrische GCS – E / V / M getrennt dokumentieren
- Pupillen, Blick, Motorik, Seitendifferenz
- Schmerz, Erbrechen, Gangbild / Ataxie
- altersspezifisch denken: Säugling, Kleinkind, Teenager
- Verlauf zählt: seriell und klar dokumentieren

Mini-Check pro Runde:
Bewusstsein · Pupillen · Motorik · Schmerz/Erbrechen · Verhalten laut Eltern · Vitalzeichen

5 Beobachtung / Entlassung

- nur bei stabilem Neurostatus und zuverlässiger Betreuung
- klare Rückkehrinstruktionen mitgeben
- sofort zurück bei: Schläfrigkeit, erneutem Erbrechen, Krampfanfall, Verwirrtheit, neuem Defizit, Gang- oder Sprechstörung
- bei Unsicherheit lieber beobachten oder eskalieren

Merksätze

- Nicht die Beule zählt – sondern Bewusstsein, Verhalten und Verlauf.
- Jede Verschlechterung zählt.
- Sekundärschaden ist vermeidbar.

KSA Kinderspital Aarau · Pädiatrisches SHT · 1-Seiten-Übersicht

POSTEN 6 – SABINE MERZ, PFLEGETEAM KINDERNOTFALL KSA

HÄUFIG VERWENDETE MEDIKAMENTE AUF DEM PÄDIATRISCHEN NOTFALL

DIAZEPAM BEI FIEBERKRAMPF

Ein Fieberkrampf tritt meist im Alter von 6 Monaten bis 6 Jahren auf. Den Eltern wird zuhause empfohlen das Diazepam nach 3 Minuten zu verabreichen. Stoppt der Anfall nach 10 weiteren Minuten nicht, soll der Notarzt gerufen werden.

Diazepam rektal < 15 kg - 5mg

Diazepam rektal > 15kg – 10mg

BETNESOL/ RECTODELT/ADRENALIN BEI PSEUDOKRUPP (LARYNGOTRACHEITIS)

Ein Pseudokrupp tritt meist im Alter von 6 Monaten bis 3 Jahren auf, kann aber auch ältere Kinder betreffen. Leitsymptome sind ein bellender Husten, Heiserkeit und ein inspiratorischer Stridor.

Da sich die Kinder unter Stress meist verschlechtern, wird das «Minimal Handling» angewandt.

Betnesol (Betamethason) Tbl p.o. 0.2mg/kg, aufgelöst in wenig Wasser, Verbesserung der Atemsituation ist nach ca 1h zu erwarten.

Ist das Kind sehr unkooperativ und spuckt das Betnesol aus, kann ab 10kg Rectodelt (Prednison) supp 100mg angewendet werden.

Nach der Medikamentengabe sollen die Kinder meist für etwa 1 Stunde an die kalte Aussenluft. Dies hilft ihnen, sich zu beruhigen, und wirkt zusätzlich abschwellend.

Bei schweren Atemwegsverengungen ist eine zusätzliche Feuchtinhalation mit Adrenalin notwendig.

Adrenalin 1mg/ml zur Feuchtinhalation

<10kg – 0.5mg/kg (Inhalationslösung mind 3ml, deshalb mit Nacl 0.9% verdünnen)

>10kg – 5mg unverdünnt

FENTANYL/LED GEL/EMLA GABE AUF DEM PÄDIATRISCHEN NOTFALL

Fentanyl bei starken Schmerzen nasal mittels MAD Device

Bei Kindern ≥ 12 Monate : 2 mcg/kg/dosis (max. 100 mcg/dosis), falls nötig kann eine zweite Dosis à 1 mcg/kg nach 10 min nachgegeben werden.

Vorteil der nasalen Gabe: Ein starkes Schmerzmittel kann verabreicht werden, ohne eine Infusion legen zu müssen.

LET- Gel zur Anästhesiewirkung bei Wunden

- Gel direkt in die Wunde applizieren, Abdecken mit Folienpflaster. (Alternative für schwierige Stellen: Tupfer mit Wundgel tränken, in die Wunde legen und fixieren

- Oberflächliche kleinere (<5cm) Wunden

- Dosierung:
- >5kg bis 10kg: max 1ml (entspricht 0.5 Fertigspritze)
- 11kg-17kg: bis max 2ml
- 17-22kg: bis max 3ml
- >22kg bis 4ml

- Einwirkzeit: Mind 20-30 Minuten besser 45-60 Minuten. Max Einwirkzeit 2h. Anästhesiewirkung nach Entfernung des LET Gel noch ca. 60min

Kontraindikation

- Unverträglichkeit gegen Lokalanästhetika oder Inhaltsstoff
- Alter< 1 Monat (Methämoglobinbildung möglich)
- Anwendung in Endstrombahn: Fingerbeere, Nasenspitze, Ohrläppchen, Penis oder bei Hautlappen mit eingeschränkter Perfusion
- Keine Anwendung auf Schleimhäuten

Emla Salbe/Pflaster

Emla enthält die Wirkstoffe Prilocain und Lidocain und bewirkt eine örtliche Betäubung der intakten Haut. Es wird in Verbindung mit kleineren Eingriffen wie z.B. Nadelstichen oder chirurgischer Behandlung von kleineren, örtlichen Verletzungen verwendet.

Emla, darf nur auf intakter Haut angewendet werden.

In der Regel soll Emla 1 Stunde vor Beginn des beabsichtigten Eingriffs auf der intakten Haut aufgetragen werden. Die Wirkung bleibt beim Entfernen mindestens 2 Stunden lang bestehen.

Bei Kindern ab 12 Monaten dürfen 4 Emla Pflaster appliziert werden.

Bei Kindern zwischen 3 und 12 Monaten sollten nicht mehr als zwei Emla Pflaster zur gleichen Zeit appliziert werden. Bei Neugeborenen unter 3 Monaten darf nicht mehr als 1 Emla Pflaster zur gleichen Zeit angewendet werden.

Die Emla Salbe wird wie folgt dosiert:

- Neugeborene und Säuglinge (0-2 Monate): bis zu 1 g/10 cm^2.
- Säuglinge 3-12 Monate: bis zu 2 g/20 cm^2.
- Kinder 1-5 Jahre: bis zu 10 g/100 cm^2.
- Kinder 6-11 Jahre: bis zu 20 g/200 cm^2.

DERMABOND WUNDKLEBER

Dermabond (Wundkleber) zur Wundadaption:

Die Stabilität entspricht etwa der einer 5-0 Fadenstärke

Indikationen

- Saubere Wunden
- Gut adaptierbare Wundränder
- Schwach/nicht blutende Wunden
- Wundlokalisation steht nicht unter Zug

Kontraindikationen

- Stark verschmutze Wunden (Bisswunden)
- Schlecht adaptierbare Wunden (prolabiertes Fettgewebe)

- Tiefe Wunden (Exploration! Adaptation des subkutanen Gewebes nötig))
- Stark klaffende Wunden
- Stark blutende Wunden
- Wunden über Gelenken oder anderen Regionen, die unter starkem Zug stehen
- Wunden, die feucht sind oder leicht werden können (perioral, orale Mukosa)
- Kooperationsproblem des Patienten (zieht Kleber/Steristrips ab)
- Wunden bei Patienten mit Blutungsneigung und/oder Allergien auf Wundkleber oder Formaldehyd
- Unmittelbare Nähe zu den Augenbrauen

Technik (mind. 2 Personen)

- Reinigung/Spülen der Wunde, Desinfektion
- Wundränder adaptieren
- Wunde trocken tupfen
- 2-3 Schichten Wundkleber über die adaptierten Wundränder applizieren, jede Schicht trocknen lassen
- Cave: kein Wundkleber in die Wunde tropfen, verursacht Wundheilungsstörungen
- Dauer der Polymerisation 15 – 30 Sekunden
- Wenn möglich mit Steristrips Wundverschluss verstärken

Nachsorge

- Trockenhalten der Wunde für ca. 5 Tage, Kleber fällt von selbst ab
- Steristrips nicht abziehen, sich lösende Ränder abschneiden oder neue Steristrips darüber kleben

NASENSPÜLUNG BEI SÄUGLINGEN MIT NACL 0.9%, ABSCHWELLENDE NASENTROPFEN

Säuglinge sind «Nasenatmer»: Eine freie Nase ist wichtig, damit sie gleichzeitig trinken und atmen können. Bei trinkschwachen Säuglingen ist eine Nasenspülung mit NaCl 0,9 % hilfreich, da sie Sekret in den Magen befördert und die Nase frei macht. Dazu werden 5 ml NaCl 0,9 % aufgezogen und zügig in ein Nasenloch appliziert.

Zusätzlich können abschwellende Nasentropfen verabreicht werden: Nasivin 0,01 % für Säuglinge, Rinosedin 0,05 % für Kinder von 1 bis 11 Jahren und Rinosedin 1 % ab 12 Jahren.

DORMICUM (MIDAZOLAM) ZUR SEDATION RECTAL ODER P.O.

Dormicum (Midazolam) zur Sedation bei unangenehmen Untersuchungen, Katheterisierungen oder Wundversorgungen: rec. / p.o. ≥ 6 Monate 0.5 mg/kg/Dosis (max. 15 mg/Dosis).

Die Wirkungsspitze tritt nach etwa 20 Minuten ein. Vorteil: Während der Wirkungsdauer erinnern sich die Kinder meist nicht mehr an die Situation. Kinder müssen eng beaufsichtigt oder festgehalten werden, da sie unsicher auf den Beinen sind. Die Sedation sollte in einer ruhigen Umgebung erfolgen, um das Risiko einer paradoxen Reaktion zu senken. Dabei können Kinder stark unruhig werden, schreien, toben und sich kaum beruhigen lassen.

Bei der p.o. Gabe kann das Dormicum mit wenig Sirup gemischt werden und entweder in einem Medikamentenbecher oder mittels einer p.o. Spritze verabreicht werden.

Bei der rektalen Verabreichung wird das Dormicum mittels rectalem Applikator verabreicht und mit NaCl 0.9% mind 1:1 verdünnt.