

ERHEBUNGSBOGEN ZUR VERSORGUNG MIT SITZHILFEN ALS HILFSMITTEL GEGEN DEKUBITUS DER PRODUKTGRUPPE 11 DES HILFSMITTELVERZEICHNISSES

1. PERSONENDATEN

Vor- und Zuname des Patienten: _____

Adresse des Patienten: Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ männlich weiblich

Krankenversicherungs-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____ Verordner: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Ggf. Betreuungspersonen: _____

2. WER FÜHRT DIE PFLEGE DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)

Angehörige / Laien: _____

Ambulanter Pflegedienst: _____

Stationäre Pflege: _____

3. DIAGNOSEN UND BESONDERHEITEN DER PFLEGESITUATION

4. LOKALISATION BESONDERS GEFÄHRDETER KÖRPERSTELLEN BZW. BEREITS BESTEHENDER WUNDEN

Liegt aktuell ein Dekubitus vor ?

nein ja → Dekubitus Stadium I

Dekubitus Stadium II

Dekubitus Stadium III

Dekubitus Stadium IV

→ Einteilung nach EPUAP (s. Anhang)
Lokalisation(en) in Schema einzeichnen

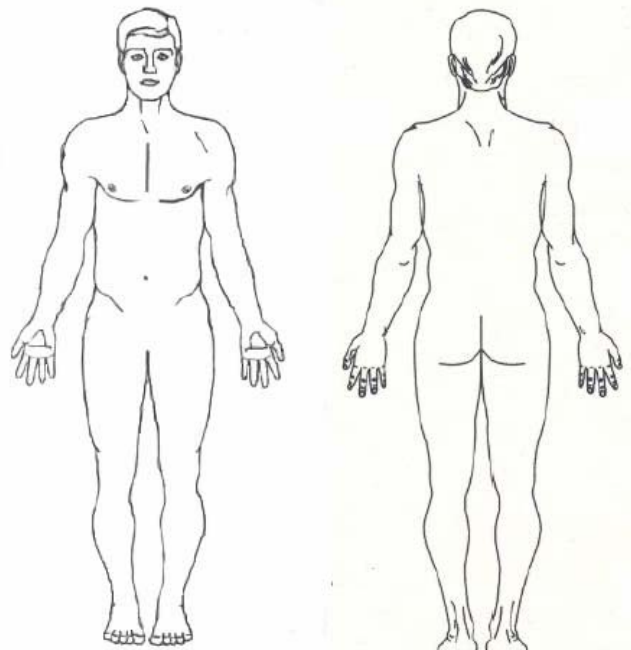
Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus Stadium III
oder IV (EPUAP) vor?

nein ja → ehem. Dekubitus Stadium III

ehem. Dekubitus Stadium IV

Muss der Patient auf bestehenden Wunden oder abgeheil-
tem Dekubitus Stadium III oder IV gelagert werden ?

nein ja, Begründung:



5. BRADEN-SKALA ZUR BEWERTUNG DES DEKUBITUSRISIKOS (nach B.Braden übersetzt von H.Heinhold; Heilberufe Spezial - Dekubitus 2001/2002)

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Σ
<p>Sensorisches Wahrnehmungsvermögen</p> <p>Fähigkeit, lagebedingte wie künstliche Reize wahrzunehmen und adäquat zu reagieren</p>	<p>1. Vollständig ausgefallen</p> <p>Keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) auf Grund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung, ODER Missempfindungen / Schmerzen werden über den größten Körperanteil nicht wahrgenommen</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Reaktion nur auf starke Schmerzreize, Missempfindungen können nur über Stöhnen oder Unruhe mitgeteilt werden ODER Sensorisches Empfinden stark herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden über die Hälfte des Körpers nicht wahrgenommen.</p>	<p>3. Geringfügig eingeschränkt</p> <p>Reaktion auf Ansprechen; Missempfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lagerungswechsel können nicht immer vermittelt werden, ODER sensorisches Empfinden teilweise herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Reaktion auf Ansprechen. Missempfindungen oder Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.</p>	
<p>Feuchtigkeit</p> <p>Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist.</p>	<p>1. Ständig feucht</p> <p>Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. Nässe wird bei jedem Bewegung festgestellt.</p>	<p>2. Oft feucht</p> <p>Haut ist oft, aber nicht ständig feucht. Die Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.</p>	<p>3. Manchmal feucht</p> <p>Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden.</p>	<p>4. Selten feucht</p> <p>Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel nur routinemäßig.</p>	
<p>Aktivität</p> <p>Grad der körperlichen Aktivität</p>	<p>1. Bettlägerig</p> <p>Das Bett kann nicht verlassen werden.</p>	<p>2. An den Stuhl / Rollstuhl gebunden</p> <p>Gehfähigkeit ist stark eingeschränkt oder nicht vorhanden. Kann sich selbst nicht aufrecht halten und/oder braucht Unterstützung beim Hinsetzen.</p>	<p>3. Gehen</p> <p>Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken, teils mit, teils ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett / Lehnstuhl / Rollstuhl</p>	<p>4. Regelmäßiges Gehen</p> <p>Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.</p>	
<p>Mobilität</p> <p>Fähigkeit, die Körperposition zu halten und zu verändern</p>	<p>1. Vollständige Immobilität</p> <p>Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.</p>	<p>3. Geringfügig eingeschränkt</p> <p>Geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbständig durchgeführt.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.</p>	
<p>Ernährung</p> <p>Allgemeines Ernährungsverhalten</p>	<p>1. Schlechte Ernährung</p> <p>Isst die Portion nie auf. Isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit. Isst zwei eiweißhaltige Portionen (Fleisch oder Milchprodukte) oder weniger täglich. Trinkt zu wenig. Trinkt keine Nahrungsergänzungskost ODER Wird per Sonde oder seit mehr als fünf Tagen intravenös ernährt.</p>	<p>2. Wahrscheinlich unzureichende Ernährung</p> <p>Isst selten eine ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte. Die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen ODER Erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkeit bzw. Sondenernährung.</p>	<p>3. Ausreichende Ernährung</p> <p>Isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten, mit insgesamt vier eiweißhaltigen Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Lehnt hin und wieder eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungsnahrung, wenn angeboten, an. ODER Wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe.</p>	<p>4. Gute Ernährung</p> <p>Isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück. Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit. Braucht keine Nahrungsergänzungskost</p>	
<p>Reibungs- und Scherkräfte</p>	<p>1. Problem</p> <p>Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich. Anheben (z.B. auch Richtung Kopfende) ist nicht möglich, ohne über die Unterlage zu schleifen. Rutscht im Bett oder Stuhl regelmäßig nach unten und muss wieder in die Ausgangsposition gebracht werden. Spastik, Kontrakturen und Unruhe verursachen fast ständige Reibung.</p>	<p>2. Potenzielles Problem</p> <p>Bewegt sich ein wenig und braucht selten Hilfe. Die Haut scheuert während der Bewegung weniger intensiv auf der Unterlage (kann sich selbst ein wenig anheben). Verbleibt relativ lange in der optimalen Position im Bett (Sessel / Rollstuhl / Lehnstuhl). Rutscht nur selten nach unten.</p>	<p>3. Kein feststellbares Problem</p> <p>Bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe in Bett und Stuhl. Muskelkraft reicht aus, um sich ohne Reibung anzuheben. Behält optimale Position in Bett oder Stuhl aus eigener Kraft bei.</p>		

5.1 ERHEBUNG WEITERER RISIKOFAKTOREN

- Kann der Patient sensitive Reize im Sitzbereich nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen ? nein ja
- Entlastet der Patient bewusst den Sitzbereich ? nein ja
- Ist der Patient unterernährt (siehe auch Abschnitt 5) ? nein ja
- Hat der Patient Spastiken / Kontrakturen ? nein ja
- Ist der Patient hochbetagt (d.h. 80 Jahre und älter) ? nein ja
- Liegt ein dauerhaft niedriger Blutdruck (diastolisch <60 mmHg) vor ? nein ja
- Ist der Kreislauf des Patienten dauerhaft instabil ? nein ja
- Ist der Patient Diabetiker ? nein ja
- Patient sitzt auf bestehenden Wunden/abgeheiltem Dekubitus Stadium III / IV (siehe Abschnitt 4) ? nein ja
- Liegen weitere, bisher nicht erfasste Risiken vor ? nein ja

Beschreibung der Risiken: _____

5.2 AUSWERTUNG DER RISIKOERHEBUNG

Gesamtsumme aller erreichten
Punktwerte gemäß Braden-Skala: _____ Punkte

- kein Risiko (19 – 23 Punkte, Stufe 0)
- allgemeines Risiko (15 – 18 Punkte, Stufe 1)
- mittleres Risiko (13 – 14 Punkte, Stufe 2)
- hohes Risiko (10 – 12 Punkte, Stufe 3)
- sehr hohes Risiko (9 – 6 Punkte, Stufe 4)

Beachte:

Liegen weitere bedeutende Risikofaktoren vor (siehe Abschnitt 5.1), die nicht durch die Braden-Skala erfasst werden, muss der Patient in die jeweils nächsthöhere Risikostufe eingruppiert werden.

Es liegt mindestens ein weiteres Risiko nach 5.1 vor, so dass die ermittelte Risikostufe um eine Stufe zu erhöhen ist nein ja

6. Spezielle Anforderungen

Wie lange wird der Patient durchschnittlich auf der Sitzhilfe verweilen

1. ununterbrochen am Stück _____ h
2. insgesamt pro Tag _____ h

Beachte:

Die Eigenschaften des Kissens können sich mit zunehmender Nutzungsdauer verändern.

Besteht Sitzstabilität oder ist z.B. das Gleichgewicht des Benutzers eingeschränkt ?

nein ja

Beachte:

Wenn „Nein“ muss eine Unterstützung durch z.B. Pelotten, Rückensysteme, Kissen mit Positionierungshilfen gewährleistet sein.

Kann der Benutzer die Sitzposition passiv oder aktiv adäquat verändern ?

nein ja

Beachte:

Wenn „ja“ und bei fixierter Asymmetrie muss das Kissen unterstützend wirken.

Wenn „ja“ und bei flexibler Asymmetrie muss das Kissen anpassbar sein.

Sitzt der Benutzer asymmetrisch, z.B. wegen Beckenschiefstand, Amputation, Skoliose, Hemiplegie ?

nein ja

Beachte:

Wenn „ja“, muss das Kissen in Richtung der Längsachse, d.h. nach anterior bzw. posterior einstellbar sein.

Besteht eine Gelenkeinstellung der Hüfte ?

nein ja

Beachte:

Wenn „ja“, muss ein entsprechend vorgeformtes oder ein anpassbares Kissen genutzt werden.

Ist die Adduktion / Abduktion beeinträchtigt ?

nein ja

Beachte:

Wenn „ja“, muss ein entsprechend anpassbares Kissen genutzt werden.

Liegt ein progressiver Krankheitsverlauf vor (z.B. Multiple Sklerose - MS, Amyotrophe Lateralsklerose – ALS), der Einfluss auf die Sitzposition nehmen kann ?

nein ja

Beachte:

Wenn „ja“ beachte, dass der jeweilige Untergrund die Eigenschaften des Kissens beeinflussen kann und das Kissen entsprechend gewählt werden muss.

Wird das Kissen auf verschiedenen Sitzgelegenheiten genutzt ?

nein ja

7. VERSORGUNGSEMPFEHLUNG

Unter Berücksichtigung des zuvor erhobenen und dokumentierten Status wird die Versorgung mit

einem Anti-Dekubitusmittel der Produktart _____

dem konkreten Hilfsmittel (Name) _____

und der Hilfsmittel-Positionsnummer

PG	Ort	UG	Art	Laufende Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

empfohlen.

Falls ein konkretes Produkt benannt wird, bitte begründen, warum dieses erforderlich ist:

8. WER FÜHRT DIE BEURTEILUNG DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)

Arzt:

Pflegekraft:

Sonstige (Funktion angeben):

Datum: _____ Unterschrift / Stempel: _____

9. ERKLÄRUNG DES VERSICHERTEN / PATIENTEN / GESETZLICHEN BETREUERS

Ich bin mit der Erhebung und Weitergabe der Befunddaten an die zuständige Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Vor- und Zuname: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____