

Risikoassessement

| | | | | |
|------------------------|------------------------|-------------------|--------------|----------------------------|
| Name / Vorname: | Einrichtung: | Blatt Nr.: | Jahr: | Institutionsnummer: |
| Cooper John | GIOMI Deutschland GmbH | 1 | 2019 | Identificativo Test |

Erste Risikoerhebung erfolgt: nach Einzug innerhalb von 24 Stunden

Weitere Erhebungen erfolgen: bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes, bei einer Erhöhung des Pflegebedarfs, im Rahmen der Evaluation der Maßnahmenplanung, direkt nach Krankenhausaufenthalt (länger als 3 Tage).

*von langer ab
3 Tage*

| | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | |
|---|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|
| | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Dekubitusrisikoeinschätzung | | | | | | | | | | | | |
| BW kann alleine aufstehen | | | | | | | | | | | | |
| BW kann alleine gehen | | | | | | | | | | | | |
| Abhängigkeit von personeller Unterstützung beim Transfer / beim Gehen | | | | | | | | | | | | |
| Abhängigkeit von Hilfsmitteln bei der Fortbewegung | | | | | | | | | | | | |
| Bettlägerigkeit | | | | | | | | | | | | |
| Abhängigkeit von personeller Unterstützung beim Lagewechsel im Bett | | | | | | | | | | | | |
| Unfähigkeit die Veränderung der Körperposition im Sitzen / Liegen selbständig umzusetzen | | | | | | | | | | | | |
| Unfähigkeit kleine Positionsveränderungen (Mikrobewegungen) im Sitzen / Liegen selbstständig umzusetzen | | | | | | | | | | | | |
| Herabrutschen im Bett / Stuhl / Rollstuhl | | | | | | | | | | | | |
| Im Bett / Stuhl / Rollstuhl befindliche Gegenstände oder auf die Körperoberfläche eindrückende Sonden, Katheter | | | | | | | | | | | | |
| Zu fest sitzende Prothesen, Schienen, Schuhe | | | | | | | | | | | | |
| Vermindertes Druckempfinden, keine Reaktion auf Schmerzen | | | | | | | | | | | | |
| Dekubitusrisiko besteht | | | | | | | | | | | | |

Risikoassessment

| | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | |
|---|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|
| | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Sturzrisikoeinschätzung | | | | | | | | | | | | |
| Einschränkung der Gehfähigkeit | | | | | | | | | | | | |
| Balance Störungen | | | | | | | | | | | | |
| Gesundheitsstörungen, die mit Schwindel, kurzzeitigem Bewusstseinsverlust oder körperlicher Schwäche einhergehen können (z.B. Hypotonie, Hypertonie, Blutzuckerentgleisung) | | | | | | | | | | | | |
| Kognitive Einschränkungen z.B. akute Verwirrtheit, Demenz, Depression | | | | | | | | | | | | |
| Sehbeeinträchtigungen | | | | | | | | | | | | |
| Stürze in der Vorgeschichte / Angst vor Stürzen | | | | | | | | | | | | |
| Medikamentenbezogene Risikofaktoren (z.B. Antidepressiva, Sedativa, Neuroleptika, Schmerzmittel) | | | | | | | | | | | | |
| Umgebungsbezogene Risikofaktoren (z.B. ungeeignete Schuhe sowie Bekleidung, Hindernisse auf dem Boden, geringe Beleuchtung) | | | | | | | | | | | | |
| Umgang mit Hilfsmittel erfolgt selbstständig | | | | | | | | | | | | |
| Sturzrisiko besteht | | | | | | | | | | | | |

Risikoassessement

Betroffenes Gelenk anklicken

| | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | | Datum/Hdz | |
|-----------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| | links | rechts | links | rechts | links | rechts | links | rechts | links | rechts | links | rechts |
| Kontrakturgefahr vorhanden | | | | | | | | | | | | |
| Fußgelenk | | | | | | | | | | | | |
| Kniegelenk | | | | | | | | | | | | |
| Hüftgelenk | | | | | | | | | | | | |
| Spitzfuß | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Fingergelenk | | | | | | | | | | | | |
| Handgelenk | | | | | | | | | | | | |
| Ellenbogengelenk | | | | | | | | | | | | |
| Schultergelenk | | | | | | | | | | | | |
| Kontraktur vorhanden | links | rechts | links | rechts | links | rechts | links | rechts | links | rechts | links | rechts |
| Fußgelenk | | | | | | | | | | | | |
| Kniegelenk | | | | | | | | | | | | |
| Hüftgelenk | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Fingergelenk | | | | | | | | | | | | |
| Handgelenk | | | | | | | | | | | | |
| Ellenbogengelenk | | | | | | | | | | | | |
| Schultergelenk | | | | | | | | | | | | |

Risikoassessement

Bei Auftreten eines Dekubitus gleich welchen Grades, erfolgt umgehend eine Meldung an die verantwortliche Pflegefachkraft – siehe unten.

Dekubitus Klassifizierung

| Kategorie I | Kategorie II | Kategorie III | Kategorie IV |
|---|--|---|---|
| Persistierende, umschriebene Hautrötung bei intakter Haut. Ödembildung Verhärtung, lokale Überwärmung | Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis geschädigt. Blasenbildung möglich, Hautabschürfung, flaches Geschwür. | Verlust aller Hautschichten, Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes ggf. bis auf Faszie; tiefes offenes Geschwür. | Wie Kategorie III, zusätzlich ausgedehnte Zerstörung / Nekrose oder Schäden an Muskeln, Knochen, Sehnen, Gelenkkapseln. |
| | | | |
| Legende / 1: Knochen, 2: Muskulatur und Sehnen, 3: Subkutis (Unterhaut), 4: Dermis (Lederhaut), 5: Epidermis (Oberhaut) | | | |

Bewohner Name _____

Wohnbereich ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Dekubitus / Kategorie / Lokalisation: _____

sonstige Wundart / Lokalisation: _____

Information an Arzt erfolgte am: _____

Eingeleitete Maßnahmen: ☐ Wunddokumentation ☐ Lagerungs- u. Bewegungsplanung ☐ ADM-System

☐ Maßnahmeplanung aktualisiert

☐ Sonstiges: _____

Datum / Unterschrift PFK _____

Alle aufgeputzt ~~besondere~~ ~~mitte~~ ~~mitte~~
dies bitte zur ~~erblicken~~! ~~erblicken~~!
keine Antworten möglich!