

IGAP Wunddokumentation

Liebe Kollegen,

mit Hilfe der Wunddokumentation ist es möglich, den Zustand einer Wunde, die Wundtherapie und den Verlauf der Wundheilung nachvollziehbar zu erfassen.

Diese Transparenz in der Wundversorgung sichert die Behandlungsqualität.

Eine vollständige Dokumentation sichert aber auch – im Fall eines Rechtsstreites – den Nachweis der erbrachten Maßnahmen.

Die Ablehnung von Therapiemaßnahmen von Seiten des Patienten sind, nachdem der Patient über die Risiken seiner Entscheidung informiert wurde, hier ebenfalls zu notieren.

Die Dokumentation bietet demnach nicht nur einen kontrollierbaren Verlauf und eine sichere Weitergabe von Informationen, sondern auch eine rechtliche Absicherung.

Denn: „Eine nicht dokumentierte Leistung ist eine nicht erbrachte Leistung!“

Erläuterungen zum IGAP-Wunddokumentationsbogen:

Seite 1:

... mit den persönlichen Daten des Patienten und der Anamnese, ist als Deckblatt zu betrachten und muss nicht immer wieder neu ausgefüllt werden.

Die Seiten 2 bis 4:

... sind mit dem jeweiligen Datum und der fortlaufenden Protokoll-Nummer zu versehen, um die Nachvollziehbarkeit des zeitlichen Ablaufs in der Dokumentation zu sichern.

Abschließend wird die Dokumentation von den beteiligten Personen unterschrieben.

Der Patient ist hier bewusst mit einbezogen, weil seine Akzeptanz der Versorgung und sein Einbeziehen in die selbige für den Versorgungsverlauf und den Heilprozess von großer Wichtigkeit sind.

Bremervörde, November 2009

1 Persönliche Daten des Patienten

Name, Vorname:	<input type="checkbox"/> erste Erhebung	<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle	Datum:
Geb.-Datum:	Körpergröße: cm	Gewicht: kg	
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:	Station / beh. Arzt:	

Patienten-Aufkleber

2 Anamnese

Wunde besteht seit: _____ Erstwunde: ja nein Rezidiv: ja nein

bisherige Therapie: _____

weitere Diagnosen: _____

Medikamente: _____

Allergien: _____

soziales Umfeld / psychosoziale Situation: _____

Die Wundheilung beeinflussende Faktoren:

- Alter Adipositas Kachexie Mangelernährung Vitaminmangel Rauchen Alkohol Cytostatika-, Antibiotika-, Cortison-Therapie
- reduzierter Immunstatus Diabetes Mellitus maligner Tumor Anämie Arteriosklerose Sonstige: _____

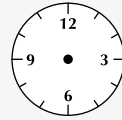
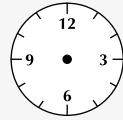
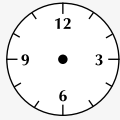
- Mobilität:** selbständig mit Hilfe selbständige Transfers von Bett auf Stuhl etc. möglich selbstständige Positionsveränderung im Sitzen oder Liegen
- immobil sonstige Beobachtung: _____

Wundart:

- sekundäre Wundheilung chronisch venöses Ulcus chronisch arterielles Ulcus chronisch venöses und arterielles Ulcus diabetischer Fuß Intertrigo
- Dekubitus Grad 1 nach EPUAP Dekubitus Grad 2 nach EPUAP Dekubitus Grad 3 nach EPUAP Dekubitus Grad 4 nach EPUAP sonstige _____

3 Wundbeurteilung

Wundheilungsphase: Exudationsphase Epithelisierungsphase Granulationsphase



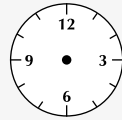
Größe der Wunde:

Taschenbildung:

ja nein

Länge: _____ Tiefe: _____

Breite: _____ „Auslitern“: _____



Beschreibung:

Wundumgebung: _____

Wundrand: _____

Wundgrund: _____

Wundexsudat: serös blutig serös eitrig Geruch: _____

Infektionszeichen: Rötung Schwellung Überwärmung Funktionseinschränkung

Schmerzen: nein ja

Lokalisation:

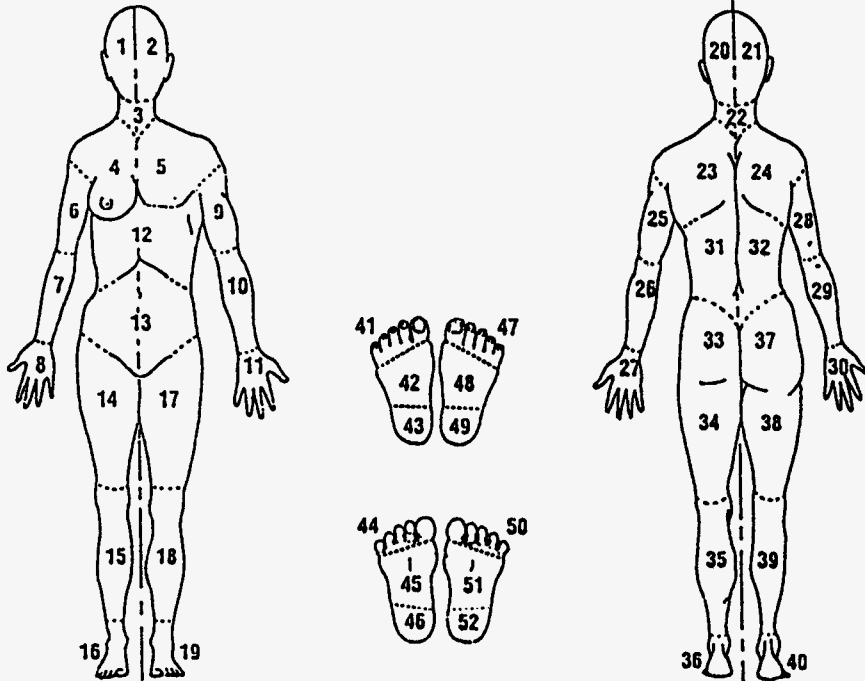


Foto aufkleben
(wenn vorhanden)

4 Wundtherapie und Pflege

Welche Nahziele werden durch die Wundtherapie verfolgt?

- Unterstützung der Wundreinigung Aufnahme des Wundsekrets Geruch soll unterbunden werden Verbandswechsel soll atraumatisch erfolgen Wunde soll konditioniert werden

Beurteilung der Zielsetzung: _____

Infektionstherapie:

Wundabstrich: _____

Antibiotikagabe: Präparat / Dosierung: _____

Nekrosenentfernung:

- chirurgisch mechanisch autolytisch enzymatisch biochirurgisch Ultraschall

Lokale Wundtherapie:

Wundreinigung: _____

Verbandart / Verbandsmaterial: _____

Salben / Tinkturen: _____

Versorgung des Wundrandes: _____

Pflege der Wundumgebung: _____

Wechselintervall: _____ x wöchentlich

Zusatzmaßnahmen:

Druckentlastung durch:

Weichlagerungssystem

Wechseldrucksystem

Micro-Stimulations-System

Lagerungskissen

Sonstige:

Einsatz seit (Datum): _____

Schmerztherapie: nein ja

Kompressionstherapie: nein ja

Präparate / Dosierung: _____

Bewertung der Gesamttherapie:

abgeschlossen

Datum: _____

nicht abgeschlossen

Beurteilung: _____

Datum, Name und Unterschrift des behandelnden Arztes

Datum, Name und Unterschrift der Pflegekraft

Datum, Name und Unterschrift des Patienten

Notizen: