



Bitte füllen Sie für jede Wunde einen solchen Bogen aus, einmal als Assessment bei Aufnahme und mindestens noch einmal bei Abschluss. Bitte dokumentieren Sie mindestens die 1. Seite, Punkt 7 nimmt Ihre grundsätzliche Vorgehensweise auf, Seite 2 ausführliche Angaben und Hinweise zur Therapie.

Datum:

--	--	--	--	--	--

1. Wer füllt aus?

- Arzt / Ärztin ärztl. Fachrichtung:
 Pflegende/r Andere Mitarbeiter (Fach):

2. Wundanamnese

Wunde besteht seit:

Bisherige Therapie:

- Wundart** Exulz. Tumorstunde Dekubitus Grad*: ___ Bestrahlungswunde Andere:
Wund- und therapiebedingte Einschränkungen Geruch Schmerzen
 Juckreiz Durchnässen Blutungen Probleme bei Essen, Trinken, Sehen, Hören u.a.
 Schlafstörungen soziale Isolation Körperbild

Anderes:

3. Wundassessment**Bemerkungen****Lokalisation:**

Größe* Max. _____ cm lang Max. _____ cm breit Max. _____ cm tief

- Wundgrund** Granulationsgewebe Fibrinbelag Epithelinseln
 trockene.. feuchte Nekrose Strukturen (Muskeln, Sehnen):

- Wundrand** intakt diffus zerklüftet unterminiert
 trocken mazeriert ödematös gerötet

- Umgebung*** intakt verhärtet schuppig geschwollen
 trocken mazeriert

- Geruch** kein leicht mittel stark

- Exsudat Art** kein zäh flüssig blutig
Menge kein leicht mittel stark

- Belag** gelb fest gelb weich grünlich grau/schwarz

- Entzündung** Rötung Schwellung Überwärmung Funktionseinschränkung

- Schmerz** kein dauernd nur bei Verbandswechsel

- Blutung** Kontaktblutung Spontanblutung
 kein leicht mäßig stark

4. Diagnostik**5. Fotodokumentation* (mit Blitz!)** Wundabstrich Anderes: Probeexzision Patient hat der Fotodokumentation zugestimmt**6. vorrangige Behandlungsziele****Bemerkungen**

- Grundsätzlich** Palliation Kuration
 Schutz der umgebenden Haut Geruchsreduktion Verkleinerung der Wunde
 atraumatischer Verbandwechsel Verringerung des Exsudataufkommens/ Auffangen von Sekret Verhindern/Eindämmen von Blutungen
 Schmerzlinderung kosmetisch akzeptabler Verband Unterstützung im Erleben und bei den Einschränkungen

7. therapeutische Maßnahmen der Wundversorgung Grundsätzlich! Details bitte auf der 2. Seite

- Wundreinigung Exsudattherapie
 Wundspüllösung Maßnahmen bei Blutungen
 Wundtherapeutika Maßnahmen bei Geruch
 Wundauflagen Medikamentöse Maßnahmen
 Wundrandschutz Zusatzmaßnahmen

Anderes:

**8. Schonendes Ablösen des Verbandes** Anfeuchten/Durchtränken der Wundauflage mit...**9. Wundreinigung**

<input type="checkbox"/> Verzicht*	<input type="checkbox"/> chirurgisch	<input type="checkbox"/> autolytisch	<input type="checkbox"/> enzymatisch
<input type="checkbox"/> biochirurgisch (Maden)	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

10. Wundspüllösungen

<input type="checkbox"/> Salbeitee*	<input type="checkbox"/> keimfreies Wasser	<input type="checkbox"/> Ringerlösung	<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%
<input type="checkbox"/> lokales Antibiotikum*	<input type="checkbox"/> Antiseptikum	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

11. Wundtherapeutika

<input type="checkbox"/> Silberh. Wundauflage	<input type="checkbox"/> Alginat	<input type="checkbox"/> Morphingel	<input type="checkbox"/> antiseptisches Gel
<input type="checkbox"/> Hydrofaser	<input type="checkbox"/> Hydrogel	<input type="checkbox"/> steriler Honig	

12. Wundauflagen

<input type="checkbox"/> Wunddistanzgitter	<input type="checkbox"/> Kohlehaltige Wundaufl.	<input type="checkbox"/> Schaumverband	<input type="checkbox"/> Saugkompressen
<input type="checkbox"/> Superabsorber	<input type="checkbox"/> sterile Kompressen	<input type="checkbox"/> Fixierfließ	
<input type="checkbox"/> silikonbeschichteter Fixierverband	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

13. Spezifische Maßnahmen für den Wundrandschutz

<input type="checkbox"/> Zinkcreme	<input type="checkbox"/> Silikonöl	<input type="checkbox"/> Harnstoffcreme	<input type="checkbox"/> Dexpanthenolcreme
------------------------------------	------------------------------------	---	--

14. Spezifische Exsudattherapie

<input type="checkbox"/> Drainage, Stomamaterial	Unterdrucktherapie:	<input type="checkbox"/> schwarzer Schwamm	<input type="checkbox"/> weißer Schwamm
--	----------------------------	--	---

15. Spezifische Maßnahmen bei blutenden Wunden

<input type="checkbox"/> Komprimieren der Wunde	<input type="checkbox"/> ...mit einem Sympathomimetikum (z.B. Suprarenin)	
<input type="checkbox"/> Eiswürfel aus NaCl 0,9% auf Kapillarblutungen	<input type="checkbox"/> Applikation von Sucralfat-Suspension	
Lokal Hämostyptika:	<input type="checkbox"/> resorbierbar	<input type="checkbox"/> Nicht resorbierbar

16. Spezifische Maßnahmen bei übelriechenden Wunden

Kompressen getränkt mit:	<input type="checkbox"/> Antiseptikum	<input type="checkbox"/> Antibiotikum	<input type="checkbox"/> Chlorophyll 0,25%*
--------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---

17. Medikamentöse Maßnahmen

<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Antibiose
<input type="checkbox"/> Sedativa (bei gefäßnahen Wunden)	<input type="checkbox"/> Andere:

18. Zusatzmaßnahmen

<input type="checkbox"/> Lymphdrainage	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Stomaberatung
<input type="checkbox"/> Kompressionsverband	<input type="checkbox"/> Duftlampe	<input type="checkbox"/> synth. Geruchsbinder

19. Lokalisation bitte beschreiben (Frage 3) und zur Orientierung hier einzeichnen