

Braden - Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos

Der Patient wird zu jedem Item mit einem Punktwert eingeschätzt. Die einzelnen Punktwerte werden addiert. Bei einer Summe von 18 oder weniger Punkten besteht ein Dekubitusrisiko. Je geringer die Punktzahl desto höher das Dekubitusrisiko. Bei einem ermittelten Risiko müssen geeignete prophylaktische Maßnahmen eingeleitet werden.

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Punktezahl
Sensorisches Wahrnehmungsvermögen Fähigkeit, lagebedingte wie künstliche Reize wahrzunehmen und adäquat zu reagieren.	Vollständig ausgefallen - 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.	Stark eingeschränkt - 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.	Geringfügig eingeschränkt - Reaktion auf Ansprechen; Missempfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lage- und Schmerzwechsel können nicht immer vermittelt werden oder - sensorisches Empfinden teilweise herabgesetzt. Missempfindungen / Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen.	Nicht eingeschränkt - Reaktion auf Ansprechen; Missempfindungen / Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.	
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist.	Ständig feucht - Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. - Nässe wird bei jedem Bewegung festgestellt.	Off feucht - Die Haut ist oft, aber nicht ständig feucht. Die Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.	Manchmal feucht - Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden.	Selten feucht - Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel nur routinemäßig.	
Aktivität Grad der körperlichen Aktivität.	Bettlägerig - Das Bett kann nicht verlassen werden.	Sitzt auf - Gehfähigkeit ist stark eingeschränkt oder nicht vorhanden. - Kann sich selbst nicht aufrecht halten und / oder - braucht Unterstützung beim Hinsetzen.	Gehen - Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken, teils mit, teils ohne Hilfe. - Verbringt die meiste Zeit im Bett / Lehnstuhl / Rollstuhl.	Regelmäßiges Gehen - Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. - Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.	
Mobilität Fähigkeit, die Körperposition zu wechseln und zu verändern.	Vollständige Immobilität - Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.	Stark eingeschränkt - Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbstständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.	Gering eingeschränkt - Geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbstständig durchgeführt.	Nicht eingeschränkt - Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.	
Allgemeines Ernährungsverhalten	Schlechte Ernährung - Isst die Portionen nie auf. - Isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit. - Isst nur zwei eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch). - Trinkt zu wenig. - Trinkt keine Ergänzungskost oder - wird per Sonde oder - seit mehr als fünf Tagen intravenös ernährt.	Unzureichende Ernährung - Isst selten eine ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte. - Die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen täglich. - Hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen oder - erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkost bzw. Sondenernährung.	Ausreichende Ernährung - 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 an, wenn sie angeboten wird oder - wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe.	Gute Ernährung - Isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück. - Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit. - Braucht keine Nahrungsergänzungskost.	
Reibungs- und Scherkräfte	Problem - Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich. - (An-) Heben 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.	Potenzielles Problem - 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.	Kein feststellbares Problem - Bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe im Bett und Stuhl. - Muskelkraft reicht aus, um sich ohne Reibung anzuheben. - Behält aus eigener Kraft die optimale Position im Bett oder Stuhl bei.		

Rev 2009-10-12



Artikel-Nr.: 99606



Schont Ihr Budget!



Summe

Checkliste Chronische Wunden: Dekubitus

WZ-CL-004
Version 02
Stand: 27.03.08

Aktualisierung:
01.01.2010

Diagnostik

1. Anamnese

- Lebensalter
- Alter der Wunde
- Entstehungsursache
- Erkrankungen (z.B. psychische Erkrankungen, pAVK, Stoffwechselerkrankungen, Polyneuropathie, neurologische Erkrankungen, Genussmittel- und Drogensucht, Demenz, Frakturen, konsumierende Grunderkrankungen)

Faktoren, die für die Wundheilung und für weitere Dekubitalulcera entscheidend sind:

- Arzneimittel
- Bewegungseinschränkung/Immobilität
- Blasenverweilkatheter
- Ernährungs- und Flüssigkeitszustand
- Fieber
- Hautzustand
- Kontinenzsituation
- Lange Narkosezeiten
- Paresen, Kontrakturen
- Schmerzen
- Skelettdeformierungen

2. Wundbeurteilung



- Exsudation
- Geruch
- Größe und Tiefe
- Hautbeschaffenheit
- Infektionszeichen
- Lokalisation
- Schmerz
- Taschenbildung/Fistel
- Wundrand
- Wundstadium
- Wundumgebung

3. Weiterführende Untersuchungen

- Laborchemische Diagnostik
- Mikrobiologische Diagnostik
- Krankheitsspezifische Diagnostik
- Radiologische Diagnostik

4. Beachten

- Aufklärung des Patienten und seiner Angehörigen
- Wunddokumentation

Erstellt	Geprüft auf Richtigkeit und Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung	
27.03.08	26.04.08	13.05.08		
Standard- gruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Hirsch-Gips	 Dr. Tigges	PDL	Ärztl. Leitung

Patientendaten

Name, Vorname des Versicherten: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel.-Nr.: _____

Krankenkasse/Kostenträger: _____

Befreiung ja bis _____ nein

Angehörige: _____

Untersuchung/Dokumentation

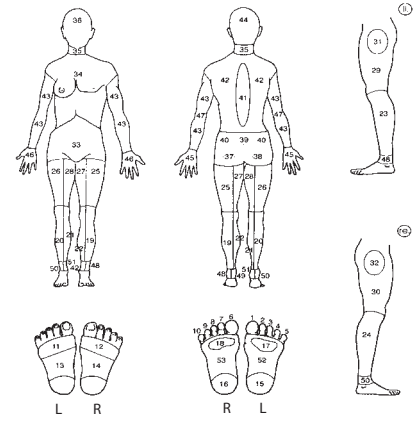
Untersucher: _____

Behandelnder Hausarzt: _____

Pflegedienst: _____

Wundtherapeut/Homecare: _____

Wundlokalisation



Patientenanamnese

Erstes Auftreten der aktuellen Beschwerden: _____

Vermutete Ursache für aktuelle Beschwerden: _____

Weitere Erkrankungen/ Grunderkrankungen: _____

Medikamente: _____

Ausmaß der Schmerzen (Schmerzskala 1 bis 10)
0 _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, 10

Bisherige Therapie: _____

Wundursache/ Einflußfaktoren I

Diabetes mellitus

Arterielle Verschlusskrankheit

Chronisch venöse Insuffizienz

Polyneuropathie

Immobilität

Infektion (systemisch)

Trauma

Adipositas

Kachexie

Immunsuppression

Albuminmangel

Sonstiges: _____

Wundursache/ Einflußfaktoren II

Dekubitus		Diabetisches Fußsyndrom
Gradeinteilung nach Seiler		Gradeinteilung nach Wagner
Grad I <input type="radio"/>		Grad 0 <input type="radio"/>
Grad II <input type="radio"/>		Grad I <input type="radio"/>
Grad III <input type="radio"/>		Grad IIa <input type="radio"/>
Grad IV <input type="radio"/>		Grad IIb <input type="radio"/>
		Grad III <input type="radio"/>
		Grad IV <input type="radio"/>
		Grad V <input type="radio"/>
Wundzustand nach Seiler		CVI-Stadium (Widmer)
A <input type="radio"/>		I <input type="radio"/>
B <input type="radio"/>		II <input type="radio"/>
C <input type="radio"/>		III <input type="radio"/>

Wundbeschreibung

Art der Wunde

Ulcus cruris

Dekubitus

Verbrennung

Postoperative Wundheilungsstörung

Plastische Wunden/Exzisionswunden

Sonstige _____

Untersuchungsdatum

Wundgeruch _____

Wundschmerz (Schmerzskala 1 bis 10) _____

Wundtaschen (12:00 h immer kopfwärts) _____

Tiefe _____

Wundumgebung

intakt _____

gerötet _____

mazeriert _____

Ekzem _____

Ödem _____

Wundrand

intakt _____

gerötet _____

mazeriert _____

Ekzem _____

Ödem _____

infiziert _____

Allergie _____

Wundexsudation

viel _____

mäßig _____

wenig _____

keine _____

Untersuchungsdatum

Wundgröße

Länge (mm) _____

Breite (cm) _____

Tiefe (cm, ml) _____

Wundstadium

Epithelisierung

Beginn _____

voll _____

Granulation

blass _____

rosig _____

Fibrinbelag

schmierig _____

dick _____

Nekrose

trocken _____

feucht _____

Infektionszeichen

Rötung _____

Überwärmung _____

Schmerz (1 bis 10) _____

Schwellung _____

Funktionseinschränkung _____

Abstrich/Resistenzprüfung (Anlage anbeifügen)

Blatt-Nr. _____

Name, Vorname des Versicherten:

Geb.-Datum: _____

Behandlungsdatum

Wundreinigung

chirurgisch	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
autolytisch	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Maden	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ultraschall	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
enzymatisch	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Therapie

Produktname:

Größe:

Alginat	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hydrofaser	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hydrogel/Kompresse	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hydrokapillarverband	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hydrokolloidverband	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
feinporiger Schaumstoff/HPV	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Kohle-Wundauflage	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Kollagen-Wundauflage	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Silber-Wundauflage	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Transparentfolie	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
V.A.C.-Therapie	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Kompressen	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
elastische Mullbinden	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Sonstige	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
nächster Verbandwechsel	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Häufigkeit/Woche	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Handzeichen/Unterschrift _____

Weiteres diagnostisches Procedere (Lokalisation, Datum)

Fotodokumentation (Datum, Anzahl)

Fragestellung: _____

Labor/Abstrich: _____

Arteriodoppler: _____

Venendoppler: _____

Duplexsonographie: _____

Arteriographie: _____

MR-Angiographie: _____

Sonstiges: _____

Dermatologie: _____

Phlebologie: _____

Chirurgie: _____

Angiologie: _____

Compliance: _____

Sonstiges: _____

Behandlungsdatum

Zusatzmaßnahmen:

Systemische Antibiose: _____

Analgesie: _____

Druckentlastung mit: _____

Kompressionsverband (Art): _____

Schuhversorgung: _____

Lagerungsart (Grad/Intervall): _____

Zusatz-/Trinknahrung: _____

Hauptpflegemittel: _____

professionelle Fußpflege: _____

Legende Wunddokumentation

- **Schmerzskala:** die von Patienten subjektiv angegebene Schmerzintensität.
1 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz
- **Diabetisches Fußsyndrom, Gradeinteilung nach Wagner**
Wagner 0:
a) Risikopatient ohne Läsionen
b) Hyperkeratosen
c) ggf. Fußdeformitäten
d) Zustand nach Fußläsion
Wagner I:
a) oberflächliche Läsion
b) keine Entzündungszeichen
Wagner IIa:
a) tiefergreifende Läsion mit Erreichen des Muskel- und Bandapparates
b) Entzündungszeichen positiv

Wagner IIb:

- a) tiefergehende Läsion mit Erreichen des Muskel- und Bandapparates
- b) schwere Begleitinfektion mit Abszedierung

Wagner III:

- tiefergehende und infizierte Läsion mit Osteomyelitis

Wagner IV:

- Teilgewebsnekrose

Wagner V:

- großflächiges Gangrän oder Nekrosen

- **Dekubitus, Gradeinteilung nach Seiler:**

- Grad 1: umschriebene Hautrötung nach > 2h
- Grad 2: oberflächlicher Hautdefekt oder Blase
- Grad 3: Hautdefekt bis auf die Knochenhaut
- Grad 4: wie Stadium 3 mit Osteomyelitis oder Nekrose

- **Wundzustand nach Seiler:**

- A: Wunde sauber, Granulationsgewebe vorhanden, keine Nekrosen
- B: Wunde schmierig belegt, Restnekrosen, keine Infiltration des umliegenden Gewebes
- C: Wunde wie Stadium B mit Infiltration des umliegenden Gewebes und/oder Allgemeininfektion/Sepsis
- **Gradeinteilung der chronischen Veneninsuffizienz nach Widmer**
Grad I: venöse Gefäßerweiterungen im Knöchelbereich und oberhalb des Fußgewölbes
Grad II: Hyperpigmentierung der Haut, Unterschenkelödem, Dermatiosklerose
Grad III: stark entwickeltes oder abgeheiltes Ulkus