

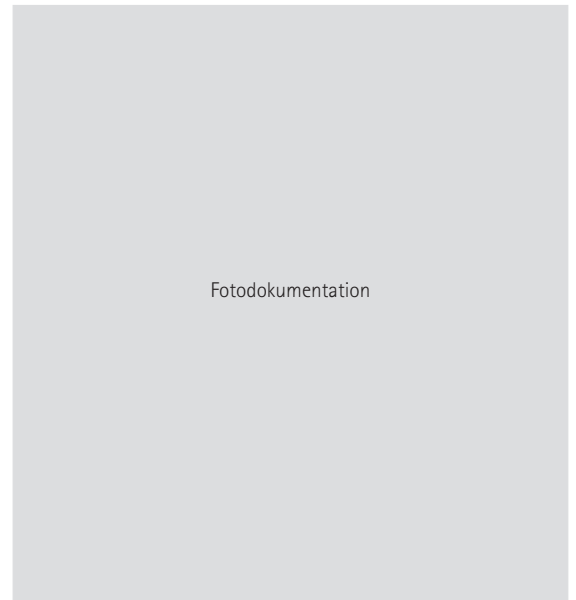
# Pflegeüberleitung zur Versorgungstherapie enteraler Fisteln

Erstellungsdatum: \_\_\_\_\_

Patientendaten	
Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Diagnose/Indikation:	_____ _____
Artikel-Nr.:	_____ (Eakin® Wundbeutel/Wunddrainagebeutel)

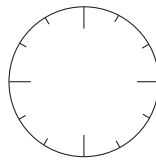
Krankenkasse/Kostenträger
_____
_____

1. Art der Fistel
_____
_____



2. Lage der Fistel
<input type="checkbox"/> In Hautniveau <input type="checkbox"/> In Bauchfalte <input type="checkbox"/> In OP-Wunde <input type="checkbox"/> Zustand bei Nahtdehiszenz
Andere Lage: _____

3. Anzahl und Lokalisation der Fisteln
<input type="checkbox"/> Solitär Fistel
<input type="checkbox"/> Multiple Fisteln/Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Liegen eng zueinander
<input type="checkbox"/> Müssen in die Versorgung einbezogen werden
Sie liegen bei: _____ (z.B. Uhrzeiger angeben: bei 7 Uhr / 15 Uhr)



5. Exsudatmanagement
Menge: <input type="checkbox"/> Starke Exsudation ml/Tag    _____
<input type="checkbox"/> Mäßige Exsudation ml/Tag    _____
<input type="checkbox"/> Niedrige Exsudation ml/Tag    _____
Konsistenz: _____
Farbe: _____
Geruch: _____

4. Fistelumgebung/Wundgrund
Wundfläche: Länge in cm: _____    Breite in cm: _____    Tiefe in cm: _____
<input type="checkbox"/> Zerklüftete Wundränder <input type="checkbox"/> Wundtaschen <input type="checkbox"/> Wundgänge

6. Hauttyp des Patienten
<input type="checkbox"/> Mischhaut
<input type="checkbox"/> Trockene – fettarme Haut
<input type="checkbox"/> Fette – trockene Haut
<input type="checkbox"/> Patient schwitzt stark

7. Beanspruchte Haut
<input type="checkbox"/> Die Haut ist stark gerötet
<input type="checkbox"/> Weist Hautirritationen auf
<input type="checkbox"/> Ist enzymatisch geschädigt
<input type="checkbox"/> Ist para/peri fistulär ulceriert

8. Angewandte Fistel- und Drainage-Systeme
Mit Ablaufventil <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mit Faltverschluss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Größe bei Ablaufventil: _____
Größe bei Faltverschluss: _____
Mit Behandlungsfenster <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

9. Angewandter Haut- und Wundrandschutz
<input type="checkbox"/> Hautschutzringe groß <input type="checkbox"/> StomaWrap™
<input type="checkbox"/> Hautschutzringe klein <input type="checkbox"/> Hautschutzpaste
<input type="checkbox"/> Hautschutzringe dünn SLIMS™ <input type="checkbox"/> Hautschutzplatten

10. Sekretableitung bei Wunddrainagen mit Ablaufventil
<input type="checkbox"/> Sammelbeutel für immobile bettlägerige Patienten
<input type="checkbox"/> Sterile Einzelverpackung
<input type="checkbox"/> Funktionstüchtiges Rücklaufventil

11. Verhindern der Exkoration
<input type="checkbox"/> Ist praktikabel lässt sich gut am Patienten anpassen (flexibler Hautschutz)
<input type="checkbox"/> Hat einen sicheren Faltverschluss bei erhöhter Konsistenz
<input type="checkbox"/> Transparent lässt gute Beobachtung zu
<input type="checkbox"/> Hat ein sicheres adaptiertfähiges Ablaufventil

Bei liegenden Drainagesystemen dürfen grundsätzlich nur sterile Ableitungssysteme verwendet werden.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Pflegekraft

\_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel Arzt