

A NEVES JELENTÉSI RENDSZER DECUBITUS ADATLAPJA V3

Decubitus: tartós nyomásnak kitett területen a bőr és a bőr alatti szövetek lokális sérülésének, elhalásának kialakulása. Kitöltendő: olyan betegekről, akik decubitus szempontjából bizonyítottan ép bőrrel érkeztek és az osztályos ellátás során decubitus alakult ki.

Adatszolgáltató intézmény* _____ **Osztály azonosítója*** _____

Az esemény azonosítója* _____

Az intézmény, az osztály és az esemény azonosítói a NEVES elektronikus felületén automatikusan generált kódok. Papír alapú adatgyűjtés esetén használható belső azonosítási rendszer, vagy a program által adott kódok. Utóbbi esetben az esemény azonosítója utólagosan, az elektronikus adatrögzítés alkalmával rögzíthető a papíron.

1. Betegjellemzők

1.1. Életkor (életév): _____

1.2. Beteg neme* Férfi Nő

1.3. A beteg funkcióképesség zavarai* (több is jelölhető)

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beszédzavar | <input type="checkbox"/> Hallászavar | <input type="checkbox"/> Inkontinencia | <input type="checkbox"/> Nincs |
| <input type="checkbox"/> Egyensúlyzavar | <input type="checkbox"/> Hangulatzavar | <input type="checkbox"/> Látászavar | <input type="checkbox"/> Tudatzavar |
| <input type="checkbox"/> Érzészavar | (depresszió, | <input type="checkbox"/> Mozgászavar | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fájdalom | nyugtalanlás, | <input type="checkbox"/> Nem ismert | |
| | felhangoltság, stb.) | | |

1.4. Mozgászavarok mértéke felnőtt beteg esetén

(Amennyiben az 1.2.1 kérdésnél jelölt mozgászavart, itt a legsúlyosabbat válassza)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Csak fekszik, nem tud felülni, felállni | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Csak ülni tud | <input type="checkbox"/> Nincs |
| <input type="checkbox"/> Felügyelettél jár | <input type="checkbox"/> Segédeszközzel képes önállóan közlekedni |

1.5. Testalkat*

- | | | | |
|---|---|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Átlagos (normál) | <input type="checkbox"/> Erősen leromlott | <input type="checkbox"/> Sovány | <input type="checkbox"/> Túlsúlyos |
|---|---|---------------------------------|------------------------------------|

1.6. Van pelenkahasználat az osztályon?*

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

1.7. Alkalmazznak a betegnél állandó katétert?*

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

1.8. Alapbetegség*

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kardiológiai | <input type="checkbox"/> Neurológiai | <input type="checkbox"/> Pszichiátriai | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Onkológiai | <input type="checkbox"/> Traumatológiai | |

1.9. Kórházi felvétel dátuma*: (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

1.10. Kapott-e az ellátás során a beteg szedatívumot?*

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

1.11. Az ellátás során részesült-e a beteg rendszeres fájdalomcsillapításban?*

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

1.12. Decubitusra vonatkozó kockázatfelmérés történt?*

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen, Braden skálával | <input type="checkbox"/> Igen, Norton skálával | <input type="checkbox"/> Nem történt |
| <input type="checkbox"/> Igen, egyéb skálával | <input type="checkbox"/> Nem ismert | |

1.12.1. Ha egyéb skálát alkalmaztak, annak neve _____

1.12.2. Ha történt, az utolsó kockázatfelmérés dátuma (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

1.12.3. A legutolsó kockázatfelmérés során a beteg kockázati fokozata*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kritikus helyzet (magas kockázat) | <input type="checkbox"/> Nincs kockázat |
| <input type="checkbox"/> Valószínűsíthető helyzet (közepes kockázat) | <input type="checkbox"/> Nem ismert |

1.13. Az aktuálisan észlelttől függetlenül a betegnek van másik, korábban kialakult decubitusa?*

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

2. Az esemény idején a beteg ellátásáért felelős osztály jellemzői

2.1. Osztály típusa*

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aktív, nem műtétes | <input type="checkbox"/> Műtétes | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ápolási/ krónikus osztály | <input type="checkbox"/> Rehabilitációs | |

2.2.1. A fürdetés ágyban történik?*

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Változó |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|

2.2.2. Fürdetési gyakoriság*

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Naponta | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Ritkábban |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

2.3. Ágyneműcsere gyakorisága*

- Naponta Nem ismert Ritkábban Szükség szerint

2.4. Bőrvédő krém alkalmazása biztosított-e?

- Igen Nem Nem ismert

2.5. Van pelenkakorlátozás az osztályon?*

- Igen Nem Nem ismert

2.5.1. Ha van pelenkakorlátozás, akkor annak mennyisége (db/nap/beteg) _____**2.6. Működik-e decubitus team az intézményben?***

- Igen Nem Nem ismert

2.7. Kik vesznek részt a decubitus megelőzésére irányuló tevékenységben?* (több is jelölhető)

- A beteg ellátásáért felelős osztály dolgozói Dietetikus Egyéb: _____
 Decubitus team Gyógytornász

2.8. Van a decubitus megelőzésére szolgáló protokoll?*

- Nem ismert, hogy van-e Van az osztályon és alkalmazzák
 Nincs az osztályon Van az osztályon, de a gyakorlati alkalmazás nem jellemző

3. Az esemény leírása**3.1.1. A decubitus észlelésének dátuma*** (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____**3.1.2 A decubitus észlelésének időpontja** (24 órás formátum) _____ óra / _____ perc**3.2. A decubitus helye***

- Boka Hát, lapocka Sarok Ülőgumó, farkcsont
 Csípő, keresztcsont Könyök Tarkó Egyéb: _____

3.3. A decubitus kiterjedése, az észleléskori legmagasabb stádium szerinti besorolása*

- I II III IV

3.4. Az észlelő személy*

- Az ellátásban közreműködő orvos Beteg Egyéb: _____
 Az ellátásban közreműködő szakdolgozó Hozzá tartozó _____

3.5. Milyen segédeszközt alkalmaztak a decubitus megelőzésére?* (több is jelölhető)

- Decubitus matrac Nem alkalmaztak Nem ismert Sarokgyűrű
 Könyökgyűrű segédeszközt Pozicionáló párna Egyéb: _____

3.6. A segédeszközök használatakor alkalmazási hiba*

- Nem ismert Volt, a pozicionáló eszköz nem megfelelő állapota, Egyéb: _____
 Nem történt Volt, megfelelő eszköz helytelen alkalmazása
 Volt, nem megfelelő pozicionáló eszköz alkalmazása

3.7. Szükség volt-e a beteg prevenció célú mobilizálására?*

- Igen Nem Nem ismert

3.7.1. Ha szükséges, megtörténik-e 2 óránként a mobilizáció?

- Igen Nem Nem volt dokumentálva

3.7.2. Mobilizáció elmaradásának okai (több is jelölhető)

- A pozicionálás miatt nem tartották szükségesnek a mobilizációt Mobilizációs eszközök nem megfelelő állapota
 Az érintett szakdolgozó(k) nem tudott (tudtak) a feladatról Nem kooperáló beteg (pl. ellenkezés, visszafordulás nem fájdalom miatt)
 Fájdalom miatti tiltakozás a beteg részéről Pozicionáló eszközök hiánya
 Időhiány Pozicionáló eszközök nem megfelelő állapota
 Mobilizációs eszközök hiánya Egyéb: _____

3.8. Fizikai korlátozó intézkedés alkalmazása* (több is jelölhető)

- Ágyrács Betegrögzítés Nem ismert Nincs Egyéb: _____

3.9. A decubitus kialakulási körülményeinek részletes leírása, beleértve az eddig nem azonosított fontos körülményeket és a valószínű kiváltó okokat

(pl. beteg krónikus alapbetegsége, immunszuprimált állapot, megelőző eszközök nem megfelelő minősége, stb.)

3.10. Véleménye szerint milyen intézkedésekkel lehetett volna a decubitus kialakulását megelőzni?

4. Az esemény következményei

4.1. Az esemény következményei (több is jelölhető)

- Elhúzódo ápolás Mobilizálás későbbi kezdése Nincs Szeptikus állapot
 Gyógyszeres kezelés Nem ismert Sebészeti beavatkozás Egyéb: _____

4.2. A következmények szöveges ismertetése

5. Az esemény részletes leírása

5.1. Az esemény részletes leírása a feltételezett kiváltó okok ismertetésével

6. Kitöltés

6.1. Kitöltés dátuma (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

6.2. Adatlapot kitöltő(k) szakképzettsége: (pl. szakorvos, szakápoló, adminisztrátor, stb.) _____