

## NYOMÁSI FEKÉLYES ESETEK JELENTÉSI LAPJA

**Nyomási fekély:** a bőr és/vagy a bőr alatti szövetek egy lokalizált sérülése, általában egy csontos alap felett, amely tartós nyomás hatására fejlődik ki (ideértve a nyomással összefüggő nyíróerőt).

**Kitöltendő:** olyan betegek esetén, akik nyomási fekély szempontjából bizonyítottan ép bőrrel érkeztek és az elváltozás az osztályos ellátás során alakult ki. Egy betegnél kialakult több nyomási fekély esetén a legsúlyosabb állapotra vonatkozóan kérjük a kitöltést.

**Adatszolgáltató intézmény:** \_\_\_\_\_

**Az esemény azonosítója:** \_\_\_\_\_

**Osztály azonosítója:** \_\_\_\_\_

**Kitöltés dátuma** (év, hónap, nap): \_\_\_\_ / \_\_ / \_\_

Az intézmény, az osztály és az esemény azonosítója a NEVES elektronikus felületén automatikusan generált kódok. Minden esemény regisztrációjánál az intézmények és az osztályok anonimitása természetesen biztosított marad.

### 1. Betegjellemzők

**1.1. Születési év:** \_\_\_\_\_

**1.2. Beteg neme:**  Férfi  Nő

**1.3. Osztályos felvétel dátuma:** (év, hónap, nap) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**1.4. Testalkat** (zárójelben a vonatkozó BMI értékek):

Vékony (<18)  Átlagos (19-25)  Túlsúly (25-30)  Elhízott (30-40)  Extrém elhízott (40<)

**1.5. Az ellátás során részesült-e a beteg rendszeres fájdalomcsillapításban?**  Igen  Nem  Nem ismert

**1.6. Nyomási fekélyre vonatkozó kockázatfelmérés történt?**

Igen, Norton skálával  Igen, egyéb skálával  Nem történt  Nem ismert

**1.6.1. Ha igen, a legutolsó kockázatfelmérés során a beteg kockázati fokozata**

Kritikus helyzet/magas kockázat  Nincs kockázat  
 Közepes kockázat  Nem ismert

**1.7. Fogalmaztak meg prevenciósi intézkedéseket?**

Igen, kockázatfelmérés alapján  Nem  
 Igen, de nem a kockázatfelmérés alapján  Nem ismert

**1.8. A jelenleg észlelten kívül van-e a betegnek másik, korábban kialakult nyomási fekélye?**

Igen  Nem  Nem ismert

### 2. Az esemény hátterének leírása

**2.1. Osztály típusa:**  Aktív, nem műtétes  Ápolási/ krónikus osztály  Műtétes  Rehabilitációs

**2.2. Mi volt a fürdetési/mosdatási gyakoriság a betegnél?**  Naponta  2 naponta  Ritkábban  Nem ismert

**2.3. Használ-e a beteg pelenkát vagy katétert?** (több is jelölhető)

Nem használ sem pelenkát, sem katétert  Állandó katétert használ  
 Pelenkát visel, 1-3 alkalommal cserélik naponta  Egyéb: \_\_\_\_\_  
 Pelenkát visel, 4-6 alkalommal cserélik naponta  Nem ismert

**2.4. Ha volt prevenciósi intézkedés, akkor kik vettek részt a decubitus megelőzésére irányuló tevékenységekben a betegnél?** (több is jelölhető)

A beteg ellátásáért felelős osztály dolgozói  Dietetikus  Egyéb: \_\_\_\_\_  
 „Decubitus team”  Gyógytornász

**2.5. A beteg táplálása/étkezési rendje támogatta a decubitus megelőzését?**  Igen  Nem  Nem ismert

**2.6. Van a nyomási fekély megelőzésére szolgáló protokoll az osztályon?**

Van, és alkalmazzák  Van, de az alkalmazása nem jellemző  Nincs  Nem ismert

**2.7. A beteg jellemzői:** (több is jelölhető)

Beszédzavar  Fájdalom  Mozgászavar/korlátozottság  
 Tudatzavar  Hallászavar  Inkontinencia  
 Esméletlen/altatott beteg  Hangulatzavar (depresszió, nyugtalanság, stb.)  Egyéb: \_\_\_\_\_  
 Egyensúlyzavar  Diabetes  Nincs  
 Érzékszavar  Látászavar  Nem ismert

**2.8. Milyen eszközöket alkalmaztak a nyomási fekély megelőzésére?** (több is jelölhető):

Decubitus matrac  Bőrvédő krém  Nem alkalmaztak  Egyéb: \_\_\_\_\_  
 Könyökgyűrű, sarokgyűrű  Pozicionáló párna  segédeszközt  Nem ismert

**2.9. Megtörtént a beteg állapota által indokolt mobilizáció a szükséges gyakorisággal?**

Igen  Nem  Nem volt indokolt a mobilizáció  Nem ismert

**2.9.1. Amennyiben a mobilizáció nem történt meg, elmaradásának okai** (több is jelölhető):

A pozicionálás miatt nem tartották szükségesnek a mobilizációt  Mobilizálást/pozicionálást segítő eszközök hiánya/nem megfelelő állapota  
 A beteg állapota nem tette lehetővé  Az érintett munkatárs(ak) nem tudott (tudtak) a feladatról  
 Fájdalom miatti tiltakozás a beteg részéről  A személyzet fizikailag nem tudta megoldani  
 Időhiány/személyzethiány  Egyéb: \_\_\_\_\_  
 Beteg együttműködésének hiánya  Nem ismert  
 A beteg önállóan mozogni nem képes, és a segítséget nem kapta meg

**2.10. A betegnél alkalmazott korlátozó intézkedések** (több is jelölhető):

Ágyrács  Betegrögzítés  Gyógyszeres korlátozás  Egyéb: \_\_\_\_\_  Nincs  Nem ismert

### 3. Az esemény részletes leírása

3.1. A nyomási fekély észlelésének dátuma: (év, hónap, nap) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

3.2. Az észlelés napszaka:  Nappali műszak  Éjszakai műszak

3.3. A nyomási fekély helye:

- |  |   |                                 |   |
|--|---|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Boka, sarok         | <input type="checkbox"/> Comb, genitáliák | <input type="checkbox"/> Könyök | <input type="checkbox"/> Ülógumó, farkcsont |
| <input type="checkbox"/> Csípő, keresztcsont | <input type="checkbox"/> Hát, lapocka     | <input type="checkbox"/> Tarkó  | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____       |

3.4. A nyomási fekély kiterjedése, az észleléskori legmagasabb stádium szerinti besorolása:

- I  II  III  IV

3.5. Kérjük, az alábbiakban röviden részletezze az esemény körülményeit, és az Ön véleménye szerinti esetleges megelőzési lehetőségeket!