

# Beurteilungsbogen

## Urgosorb®

## Urgosorb® Silver

Wird Urgosorb®  oder Urgosorb® Silver  verwendet?

Krankenhaus, Station: -----

Name, Funktion: -----

Patient, Initialen: Name  Vorname  Alter: ----- Geschlecht: m  w

### ANAMNESE

#### Behandelte Wunde:

- Ulcus cruris venosum
- Ulcus cruris mixtum
- Ulcus cruris arteriosum
- traumatische Wunde
- Dekubitus
- diabetischer Fuß
- andere Wunde: -----

#### Wundheilungsphase:

- Reinigungsphase
- Granulationsphase

#### Größe der Wunde:

Länge in cm: -----

Breite in cm: -----

Tiefe in cm: -----

#### Lokalisation: -----

-----

#### Exsudatmenge:

0     +     ++     +++

#### Zustand der Umgebungshaut:

- Normal     Periläsionelle Hautreizung
- Mazeration     Ekzeme

#### Lokale Vorbehandlung: Ja Nein

- Wenn ja, mit:
- Fettgaze
  - Lipidokolloidverband
  - Alginat
  - Hydrokolloidverband
  - Schaumstoffverband
  - Sonstiges
  - Antimikrobieller Verband/Silberverband

#### Antinfektiöse Begleittherapie:

Ja     Nein

Wenn ja, welche: -----

-----

#### Momentane Verbandwechselfrequenz:

Alle  Tage

## Anzahl der durchzuführenden Verbandwechsel

	1	2	3	4	5
Datum des Verbandwechsels:	-----	-----	-----	-----	-----

## Grad der Zufriedenheit ankreuzen

**Bewertungsgrad:** 1 = sehr gut; 2 = gut; 3 = zufriedenstellend; 4 = nicht zufriedenstellend

	1	2	3	4	5			
<b>● Anbringen des Verbandes:</b>								
Leichtigkeit des Anbringens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anpassungsfähigkeit des Verbandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anpassung an die Wunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>● Verbandwechsel:</b>								
Absorption der Exsudate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtverkleben mit der Wunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen bei Verbandabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>● Zustand der Wunde:</b>								
Restvorkommen von Exsudaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungswirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualität des Granulationsgewebes (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>● Anzeichen einer klinischen Infektion (falls vorhanden bitte ankreuzen):</b>								
Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Geruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erythem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ödem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<b>● Gesamtbeurteilung des Verbandes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommentar:
<b>● Entwicklung der Wunde</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>● Wurden Unterschiede zu bisher verwendeten Produkten beobachtet?</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen.)	Besser	Gleich	Schlechter
Absorption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
antimikrobielle Wirksamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ref.-Nr.: 540162 · Stand Oktober 2006