

Checkliste Wundbeurteilung/-dokumentation

1. medizinische Wunddiagnose (ausschließlich vom Arzt zu stellen!)

a. Grunderkrankungen

b. Wundarten mit Schweregradeinteilung / Klassifikation

- Dekubitus: EPUAP (= European Pressure Ulcer Advisory Panel)
- UCV: Ulcus cruris venosum "offenes Bein", chronisch-venöse Insuffizienz nach Widmer
- UCA: Ulcus cruris arteriosum/pAVK: nach Fontaine
- DFS (Diabet. Fußsyndrom, diabet. Gangrän): nach Wagner-Armstrong
- etc.

c. bish. Diagnostik u. Therapie

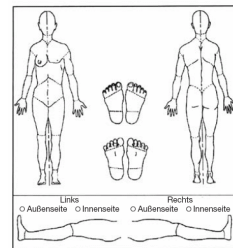
- z. Bsp. Neuropathie (Stimmgabeltest, Neurofilament, Tipp-Therm)
- Fußpulse palpabel (tastbar)

2. Wundlokalisierung (verbal und grafisch)

Beschreibungen siehe Extrablatt, z. Bsp.:

- proximal (körpernah) distal (körperfern)
- medial (zur Mitte hin) lateral (zur Seite hin gelegen)
- palmar (handflächenseitig) plantar (fußsohlenseitig)
- tibial (am Unterschenkel, zum Schienbein hin)

Wundlokalisierung



3. Wunddauer

Wie lange besteht die Wunde schon?

Wo ist die Wunde entstanden? Zu Hause, im Krankenhaus?

4. Rezidivzahl

Wie oft ist diese Wunde erneut an der gleichen Stelle aufgetreten? Zum _____ Mal

5. Wundgröße

Länge:

Breite:

Tiefe: in cm oder Grading nach Knighton I - V

Taschen:

(Ausrichtung nach der Uhr)

Räumliche Beschreibung

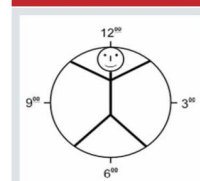


Abb. 3
Räumliche Darstellung von Wunden mittels der Uhrzeit

6. Wundgrund

häufigste Gewebeart (in Anlehnung an die vorherrschende Wundheilungsphase)

- Nekrose (schwarz) → trocken/feucht
- Fibrinbelag (gelblich)
- rot (evtl. Granulationsgewebe)
- rosa (evtl. epithelisierendes Gewebe)
-

7. Exsudat (Wundflüssigkeit)

Quantität: viel mäßig gering

Qualität: trübe o. gelblich o. eitrig: evtl. bei Infektionen

serös: klar, dünnflüssig, wässrig

blutig: evtl. bei Verletzungen, Tumoren, Marcumareinnahme
Kombinationen, wie blutig-serös, sind auch möglich

8. Wundgeruch

vorhanden: ja nein

Art des Geruchs z. Bsp.:

süßlich, z. Bsp. bei Pseudomona-Erregern

fäkal, z. Bsp. bei Escherichia coli

faulig/jauchig, z. Bsp. bei Streptokokken

9. Wundrand

Mögliche Begriffe:

intakt, glatt, rosa, blass, abgegrenzt, trocken

gerötet, zerklüftet, ödematös, schuppig,

nekrotisch (avitales bzw. abgestorbenes Gewebe)

mazeriert (weißlich, aufgeweicht)

unterminiert (Vom Wundrand abgehoben, z. Bsp. bei Taschen oder Fisteln)

10. Wundumgebung

blass

geschwollen,

gerötet

entzündet

ödematös

11. Entzündungszeichen (früher: Infektionszeichen)

leicht-verletzliches/schlecht durchblutetes Gewebe

vermehrte Nekrosen

Schwellung

Rötung

Geruchsbildung

Bildung von Exsudat

Schmerz

12. Wund- bzw. wundnaher Schmerz

(VAS: Visuelle Analogskala; NAS: Numerische Analogskala): 1-10

Wann tritt der Wundschmerz auf? Z. Bsp. während des

Débridements

Verbandwechsels

(Abtragen von nekrotischem Gewebe)

Schmerz ist zyklisch chronisch

Lokalisation des Schmerzes

außerhalb des Wundgebietes – Wundrand – Wundbett