

5. Qualitätssichernde Maßnahmen

5.1 Dokumente

5.1.1 Dokumentation

5.1.1.14 Patientenüberleitung/Aufnahme

5.1.1.14.1 Pflegeüberleitung



14.1 Pflegeüberleitungsbogen

HDZ:

<p>Persönliche Daten</p> <p>Name _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Geb. Datum _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Patientenverfügung</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Bereich _____</p> <p>Betreuung</p> <p>_____</p> <p>Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Kontaktpersonen</p> <p>Name _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Pflegedienst Immerda Ambulante Intensivpflege</p> <p>Teamleitung _____</p> <p>Telefon RB 0152-33 98 69 68</p> <p>Kostenträger</p> <p>Name _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Vers. Nr. _____</p> <p>Hausarzt</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Fachärzte</p> <p>Name _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Name _____</p> <p>Telefon _____</p>	<p>Diagnosen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Medizinische Daten</p> <p><input type="checkbox"/> Wunden</p> <p><input type="checkbox"/> Dekubitus</p> <p><input type="checkbox"/> PEG</p> <p><input type="checkbox"/> Trachealkanüle</p> <p><input type="checkbox"/> Stoma</p> <p><input type="checkbox"/> Port</p> <p><input type="checkbox"/> SPK/DK</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA/MRGN</p> <p>→ siehe Seite 3 Erregertyp</p>
--	---	--

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Kira Nordmann	Hin	QM Handbuch 6	05.09.2017	Seite 1 von 4

5. Qualitätssichernde Maßnahmen

5.1 Dokumente

5.1.1 Dokumentation

5.1.1.14 Patientenüberleitung/Aufnahme

5.1.1.14.1 Pflegeüberleitung

Tracheostoma

Ja Nein seit: _____

Anlagentyp dilatativ chirurgisch

Besonderheiten beim TK-Wechsel

Größe _____

Hersteller/Typ _____

Einteilig (ohne Innenkanüle)

Zweiteilig (mit Innenkanüle)

mit Manschette (Cuff)

ohne Manschette (Cuff)

gefenstert / gesiebt

Nutzung eines Sprechventils in der
beatmungsfreien Zeit

Absaugen

Häufigkeit innerhalb von 24 Stunden

bis 10x 10x bis 20x über 20x

Beatmung

Ja Nein

nicht invasiv invasiv

Beatmungsgerät

Beatmungsgeräteeinstellung

Beatmungsform:

druckgesteuert

volumengesteuert

assistiert

kontrolliert

Beatmungsmodus:

Beatmungsparameter:

IPAP: _____ mbar

EPAP (PEEP): _____ mbar

Atemfrequenz _____ / min

Beatmungsart:

aktive Anfeuchtung

passive Anfeuchtung

Beatmungsdauer innerhalb 24 STD:

24 STD

intermittierend

tagsüber von _____ bis _____ Std.

nachts von _____ bis _____ Std.

Weaningpotenzial Ja Nein

Hustenassistent (Cough-Assist)

Ja Nein Häufigkeit: _____

Inhalation

Ja Nein

im beatmungsfreien Intervall

während der Beatmung

obere Atemwege

untere Atemwege

Sauerstoffbedarf

Nein Ja intermittierend

bei Spontanatmung _____ L/min

bei Belastung _____ L/min

beatmet _____ L/min

in Ruhe _____ L/min

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Kira Nordmann	Hin	QM Handbuch	05.09.2017	Seite 2 von 4

5. Qualitätssichernde Maßnahmen

5.1 Dokumente
 5.1.1 Dokumentation
 5.1.1.14 Patientenüberleitung/Aufnahme
 5.1.1.14.1 Pflegeüberleitung



Erregertyp	Positive Abstrichbefunde von	Dekolonisierung (nur bei MRSA)
<p>Bei o.g. Patienten wurde am _____ folgender Erreger diagnostiziert:</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA</p> <p><input type="checkbox"/> 3 MRGN (multiresistenter Gram-negativer Erreger)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 MRGN (multiresistenter Gram-negativer Erreger)</p> <p><input type="checkbox"/> Clostridium difficile</p> <p><input type="checkbox"/> VRE</p> <p><input type="checkbox"/> Rota-Viren</p> <p><input type="checkbox"/> Noro-Viren</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Nase</p> <p><input type="checkbox"/> Rachen</p> <p><input type="checkbox"/> Leiste</p> <p><input type="checkbox"/> Analbereich</p> <p><input type="checkbox"/> Urin</p> <p><input type="checkbox"/> Haut</p> <p><input type="checkbox"/> Wunde: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Einstichstelle von _____ (z.B.: ZVK, Port, PEG, SPF)</p> <p><input type="checkbox"/> Katheter</p> <p><input type="checkbox"/> Tracheostoma</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Es wurden bisher keine Dekolonisierungsmaßnahmen unternommen Grund: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dekolonisierung durchgeführt vom: _____ bis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> mit Erfolg</p> <p><input type="checkbox"/> ohne Erfolg</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Dekolonisierung wurde am _____ begonnen, konnte jedoch nicht abgeschlossen werden. Wir bitten Sie diese unbedingt entsprechend dem begonnenen Dekolonisierungsschema fortzusetzen und den Erfolg durch Abstrich-Kontrollen zu sichern.</p> <p><input type="checkbox"/> Durchgeführtes Sanierungsschema (<input type="checkbox"/> s. Anhang): _____</p>
<p style="text-align: center;">Letzte negative Abstrich-Serie:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Kira Nordmann	Hin	QM Handbuch	05.09.2017	Seite 3 von 4

5. Qualitätssichernde Maßnahmen

5.1 Dokumente

5.1.1 Dokumentation

5.1.1.14 Patientenüberleitung/Aufnahme

5.1.1.14.1 Pflegeüberleitung

Allergien

Medikation

siehe Medikamentenplan

Mitgegebene Hilfsmittel

Kommunikation

- verbal nonverbal
 problemlos eingeschränkt
 motorisch sensorisch
 Hilfsmittel

nicht möglich

Ernährung

- oral
 Sonde
 parenteral über _____

Medikamente über _____

Mobilität

Mobilisierbar

- Nein bis Bettkante
 in Rollstuhl

Stehfähig Ja Nein

Gehfähig Ja Nein

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Kira Nordmann	Hin	QM Handbuch 6	05.09.2017	Seite 4 von 4