

AMBU-KISS: Erfassungsbogen für Wundinfektionen (Fax an 0761 270 82530)

AMBU-KISS TN	
Patienten-ID	
OP-Art	ART <input type="checkbox"/> HERN <input type="checkbox"/> STRIP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
Datum der Operation	
Datum der Infektion	
OP-Dauer (in Minuten)	
Alter des Patienten	
Geschlecht des Patienten	
ASA-Score	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Wundkontaminationsklasse	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> (<i>Definition siehe Erfassungsprotokoll</i>)
Tiefe der Infektion	A1 <input type="checkbox"/> <i>Infektion betrifft Haut und subcutanes Gewebe</i> A2 <input type="checkbox"/> <i>Infektion erfasst Faszienschichten und Muskelgewebe</i> A3 <input type="checkbox"/> <i>Inf. erfasst Organe/Körperhöhlen, die während der OP geöffnet wurden</i>
Mikrobiologische Untersuchung durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Erreger nachgewiesen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nachweis von	
Zutreffendes bitte ankreuzen	
eitrige Sekretion	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wundschmerz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schwellung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rötung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Überwärmung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wunde spontan geöffnet	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wunde vom Chirurg geöffnet	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Patient hat Fieber	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Eiter aus Drainage	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Antibiotikatherapie per os	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Antibiotikatherapie intravenös	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Diagnose Chirurg/behandelnder Arzt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
nur bei A 2 oder A 3: Nachweis eines Abszesses oder andere Infektionszeichen	
bei klinischer Untersuchung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
bei erneuter Operation	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
histopathologische Untersuchung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
radiologische Untersuchung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>