

Name:

Einschätzung der Kontinenzsituation

Datum:

Nr.:

| | | |
|--|--|--|
| <p>Kontinenzprofile:</p> <p>Völlig Kontinent: Kein ungewollter Urinverlust, keine Hilfestellung nötig, benötigt keine Hilfsmittel.</p> <p>Selbständig erreichte Kontinenz: Kein ungewollter Urinverlust, keine Hilfestellung nötig, führt Maßnahmen eigenständig durch.</p> <p>Kontinent durch Hilfestellung: Kein ungewollter Urinverlust, benötigt personale Hilfestellung z.B. bei individuellen Toilettengängen, Fremdkatheterismus.</p> <p>Selbständig kompensierte Inkontinenz: Ungewollter Urinverlust, benötigt keine personale Hilfestellung, Hilfsmittelversorgung / Benutzung erfolgt selbständig.</p> <p>Unselbständig kompensierte Inkontinenz: Ungewollter Urinverlust, personale Hilfestellung ist bei der Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln notwendig.</p> <p>Nicht kompensierte Inkontinenz: Ungewollter Urinverlust, jede Hilfestellung oder Versorgungsmaßnahme wird abgelehnt.</p> | <p>Benennung des Kontinenzprofil des Bew./Pat:</p> <p>Festgestellte Risiken für eine Harninkontinenz:</p> <p>Reversible Risiken (heilbar z. B. durch Beckenbodentraining u.A.):</p> <p>Irreversible Risiken:</p> <p>Symptome u. wichtige Befunde für die Pflege:</p> <p>Noch durchzuführende / notwendige diagnostische Maßnahmen:</p> | <p>Welche Auswirkungen hat die Inkontinenz auf die Lebensführung des Bewohners / Patienten.</p> <p>Genaue Beschreibung des Kontinenzprofils: Fähigkeiten / Abhängigkeiten, personelle u materielle Hilfestellung, individuelle Voraussetzungen für das Erreichen von Kontinenz.</p> <p>Kontinenzprofil in der Nacht:</p> <p>Individuelle Maßnahmenplanung mit beteiligten Berufsgruppen, Ärzten, Bewohner/Pat., Angehörigen:</p> <p>Allgemeine Maßnahmen (Gewicht, Flüssigkeit, Mobilität usw.):</p> <p>Spezielle Maßnahmen (Toilettentraining, Beckenbodentraining, usw.)</p> |
|--|--|--|

Name:

Inkontinenzanamnese

Datum:

Nr.:

In welchen Situationen leiden Sie unter Urinabgang?

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| bei großer Anstrengung, | bei schwerem Heben |
| beim Husten | beim Niesen |
| beim Aufstehen (Bett oder Stuhl) | in Ruhe', bzw. im Liegen |
| Im Schlaf | ohne jeden Anlaß |
| oder | |

Wieviel Harn geht ungewollt ab?

| | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Tröpfeln, kleine Mengen | kleine Mengen, manchmal auch größere |
| beständiges Tröpfeln kleiner Mengen | die Blase entleert sich ganz |

Spüren Sie einen Drang, bevor Sie Wasserlassen müssen?

| | |
|-------|----|
| nein, | ja |
|-------|----|

Spüren Sie den Urinabgang?

| | |
|-------|----|
| nein, | ja |
|-------|----|

Wie lange können Sie den Urin nach Spüren des Drangs zurückhalten?

| | |
|--|----------------|
| solange es nötig ist | ca. 10-15 min. |
| nur wenige Minuten | gar nicht |
| oft erreiche ich die Toilette nicht mehr rechtzeitig | |

Wie lange dauert das Wasserlassen?

| | |
|--------|-------|
| normal | lange |
|--------|-------|

Wie groß ist die Urinmenge beim Wasserlassen?

| | | |
|-------------|-------------|------|
| sehr wenig, | nur Tropfen | |
| wenig | normal | viel |

Wann gehen Sie zur Toilette?

sofort nach dem Aufstehen
 immer bevor Sie für längere Zeit aus dem Haus gehen
 immer wenn Sie die Möglichkeit haben (z.B. prophylaktisch im Kaufhaus), ca. 30 min. nach Genuß von Kaffee / Tee
 immer bevor Sie sich schlafen legen. Nachts mind. 1-mal

Wie oft müssen Sie während des Tages Urin lassen?

| | |
|----------------|----------------|
| jede Stunde | alle 2 Stunden |
| alle 3 Stunden | noch seltener |

Wie oft müssen Sie während der Nacht Urin lassen?

| | | | |
|---------|---------|---------|----------------|
| 0-1-mal | 1-2-mal | 2-4-mal | mehr als 4-mal |
|---------|---------|---------|----------------|

Kommt es vor, daß Sie plötzlichen Harndrang verspüren und gleich darauf Urin verlieren, ohne es verhindern zu können?

| | | |
|------|--------|-----|
| nein | selten | oft |
|------|--------|-----|

Haben Sie nach dem Wasserlassen das Gefühl einer nicht vollständig entleerten Blase?

| | | |
|------|----|----------|
| nein | ja | manchmal |
|------|----|----------|

Können Sie kontinuierlich den Urin lassen, oder gibt es Unterbrechungen im Urinfluß?

| | |
|-------|----|
| nein, | ja |
|-------|----|

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? Seit _____
 es begann ganz plötzlich es begann ganz allmählich

Pressen Sie beim Wasserlassen die Blase aus?

| | |
|-------|----|
| nein, | ja |
|-------|----|

Schränken Sie Ihre Trinkmenge ein?

| | |
|-------|----|
| nein, | ja |
|-------|----|

Wie viele Geburten hatten Sie?

Leiden Sie unter Obstipation?

| | |
|-------|----|
| nein, | ja |
|-------|----|

Sind Ihnen Veränderungen im Unterbauch bekannt, z.B.

Absenken der Gebärmutter oder schwacher Beckenboden?
 nein, ja

Bekannte Erkrankungen:

Parkinson Multiple Sklerose Querschnitt Apoplex
 Prostataerkrankung Blaseninfektion Restharmenge

Haben Sie häufiger Blasenprobleme, z.B. Blasenentzündungen?

| | |
|-------|----|
| nein, | ja |
|-------|----|

Wie schützen Sie sich davor?

Haben Sie Probleme mit dem Entkleiden?

| | |
|-------|----|
| nein, | ja |
|-------|----|

Inkontinenzanamnese Einschätzung durch Pflegeperson:

Orientierung zur:

| | |
|-----------|--------|
| Zeit | Ort |
| Situation | Person |

Kommunikation:

| | | |
|---------|--------|--------|
| Sprache | Sehen, | Hören, |
|---------|--------|--------|

Nonverbale Mitteilungsfähigkeit:

Kooperationsfähigkeit in Bezug zur Inkontinenz:

Geistige Fähigkeiten:

Aktivität:

Mobilität:

Körperliche Probleme:

Manuelle Geschicklichkeit:

| | |
|-------------|-------------|
| Grobmotorik | Feinmotorik |
|-------------|-------------|

Selbständigkeit / Selbsttätigkeit in Bezug auf:

| | |
|-------------|------------------------|
| Hilfsmittel | Benutzung der Toilette |
|-------------|------------------------|

Probleme mit der Kleidung:

Angepasste Gehhilfen:

Verdauung: Obstipation Gebrauch von Laxantien
 Stuhlregulierende Nahrungsmittel Stuhlinkontinenz

Flüssigkeitszufuhr (was, wieviel):

Körpergewicht:

Entleerungsstörungen / Speicherstörungen z.B.:

verzögertes Einsetzen der Miktions schwacher Harnstrahl
 Postmiktotisches Harträufeln
 muss Harnblase manuell ausdrücken oder triggern
 Gefühl, die Blase nicht richtig entleeren zu können
 Dysurie (Schmerzen beim Wasserlassen)
 Hämaturie (Blut im Urin)
 Pollakisurie (Blasenentleerung öfter als 10 mal in 24 Stunden)
 Nykturie (nächtl. Wasserlassen)

Harndrang, durchschnittliche Vorwarnzeit:...

Erkrankungen:

| | |
|-------------------------|----------|
| Neurologische Störungen | Angst |
| Depression | Diabetes |
| weitere: | |

Welche Medikamente (z.B. Hormonpräparate, Herzmittel usw.) werden regelmäßig eingenommen?

Werden Vorlagen/Binden benutzt? Welche?

| | |
|------|--|
| nein | |
| ja | _____ Stck pro Tag; _____ Stck pro Nacht |

Sind die Hilfsmittel effektiv?

Ist die Umgebung in Bezug auf schnelle Erreichbarkeit der Toilette gestaltet?

Bei Vorliegen von Kontinenzproblemen:

- Harnwegsinfektion ausschließen!!!
 - Urinanalyse
- Bestimmung des Restharnvolumens (evtl. auch im Heim mit tragbarem Ultraschallgerät)
- Miktionsprotokoll über 3-5 Tage führen (Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung)
- evtl. 24 Stunden Vorlagengewichtstest
- Kontinenzprofil erstellen
- individuelle Multidisziplinäre Maßnahmenplanung
- Multidisziplinäre Behandlung und kontinuierliche Umsetzung der geplanten Maßnahmen
- regelmäßige Überprüfung der Maßnahmen

.....Hier falten.....

.....Hier falten.....

Name:

Datum:

Miktionsprotokoll

Nummer:

| Zeit | Nass (Vorlage): ankreuzen wenig: viel: | | Trocken (Vorlage): ankreuzen | Wasser gelassen ankreuzen wenig: viel: | | eventuell ml oder Gewicht: | aufgeforderter Toilettengang | hat sich gemeldet | selbständig | Ursache des ungewollten Urinverlustes z.B: Husten, Aufregung, starker Drang, den Weg nicht geschafft usw. | Hilfsmittel: T= Toilettstuhl S= Steckbecken U= Urinflasche | Hz. |
|-------|---|-----------------------|------------------------------------|--|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------|-------------|---|---|-----|
| | ankreuzen | ankreuzen | | ankreuzen | ankreuzen | | ankreuzen | ankreuzen | | | | |
| 7.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 8.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 9.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 10.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 11.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 12.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 13.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 14.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 15.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 16.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 17.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 18.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 19.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 20.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 21.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 22.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 23.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 24.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 1.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 2.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 3.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 4.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 5.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |
| 6.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | |

| Zeit | Nass ankreuzen viel: (Vorlage): | Trocken ankreuzen (Vorlage): | Wasser gelassen ankreuzen wenig: viel: | eventuell mit Gewicht: ankreuzen | aufgeforderter Toilettenangang ankreuzen | hat sich gemeldet ankreuzen | selbständig ankreuzen | Ursache des ungewollten Urinverlustes z.B: Husten, Aufregung, starker Drang, den Weg nicht geschafft usw. | Hilfsmittel: T= Toilettenstuhl S= Steckbecken U= Urinflasche | HZ. |
|-------|--|------------------------------------|---|---|--|-----------------------------------|--------------------------|---|---|-----|
| 7.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 8.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 9.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 10.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 11.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 12.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 13.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 14.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 15.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 16.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 17.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 18.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 19.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 20.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 21.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 22.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 23.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 24.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 1.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 2.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 3.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 4.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 5.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 6.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |