

Datum/Zeit 1 Datum/Zeit 2
 Datum/Zeit 3 Datum/Zeit 4

PatientInnenetikett

		Markieren				
		1	2	3	4	
Wachheit	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tief schlafend (Augen zu, keine Reaktion auf Umgebungsveränderungen)
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leicht schlafend (Augen meistens geschlossen, gelegentliche Reaktion)
	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schläfrig (Augen sind oft geschlossen, wenig Reaktion auf Umwelt)
	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wach und aufmerksam (Reaktion auf Umwelt)
	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wach und hyper-aktiv (übertriebene Reaktionen auf Umweltimpulse)
Ruhe/Erregung	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ruhig (gelassen)
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leicht unruhig (etwas ängstlich)
	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ängstlich (aber beherrscht)
	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr ängstlich (gerade noch beherrscht)
	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	panisch (extreme Angst mit Kontrollverlust)
Atemantwort (bei Beatmung)	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Spontanatmung
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spontanatmung und künstliche Beatmung
	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unruhe oder Widerstand auf Beatmung
	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aktives Atmen gegen die Beatmung oder regelmäßiges Husten
	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bekämpfen der Beatmung
Weinen (bei Spontanatmung)	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ruhiges Atmen, kein Weinen
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gelegentliches Schluchzen oder Stöhnen
	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wimmern (monotoner Ton)
	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weinen
	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schreien, Brüllen
Körperbewegung	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Bewegung
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gelegentliche (≤ 3) leichte Bewegungen
	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufige (> 3) leichte Bewegungen
	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	starke Bewegungen beschränkt auf die Extremitäten
	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	starke Bewegungen einschl. Kopf und Rumpf
Muskeltonus	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskulatur entspannt, kein Muskeltonus
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reduzierter Muskeltonus; weniger Widerstand als normal
	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	normaler Muskeltonus
	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erhöhter Muskeltonus und Flexion der Finger und Zehen
	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	extreme Muskelsteifheit und Flexion der Finger und Zehen
Gesichtsspannung	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesichtsmuskulatur entspannt
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	normaler Tonus der Gesichtsmuskulatur
	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	merkliche Spannung in einigen Gesichtsmuskeln (nicht anhaltend)
	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	merkliche Spannung über das ganze Gesicht (anhaltend)
	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vor Schmerzen verzerrter und verbissener Gesichtsausdruck
Gesamtergebnis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NRS Schmerzen*	....	....	....	....		Wie sehr glauben Sie, dass der/die PatientIn aktuell unter Schmerzen leidet? (0 = kein Schmerzen bis 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen)
NISS*	....	....	....	....		1. unzureichende Sedierung, 2. ausreichende Sedierung, 3. Übersedierung
Details Sedativa/ Schmerzmittel	<hr/>					
Grund für Beurteilung	<hr/>					