

WoSSAC Symptom Evaluation Grid

Name: _____

Institution: _____ Station: _____

Tragen Sie für jedes Symptom die Selbst-Einschätzung des Patienten, der Patientin numerisch ein. Die Felder darüber werden, den Angaben der Patient:innen entsprechend, eingefärbt.

Beispiel:

Intensität: Wie stark waren die Wundschmerzen in der vergangenen Woche?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Belastung: Wie stark haben die Wundschmerzen Ihr Leben in der vergangenen Woche beeinträchtigt?

1 2 3 4 5

gar nicht etwas beträchtlich ziemlich stark sehr stark

Beispiel	Datum	0/00																	
	Intensität	■■■■																	
	Belastung	3																	

Wundschmerz	Datum																		
	Intensität																		
	Belastung																		
Schmerz bei Verbandwechsel	Datum																		
	Intensität																		
	Belastung																		
Exsudat	Datum																		
	Intensität																		
	Belastung																		
Blutung im Wundbereich	Datum																		
	Intensität																		
	Belastung																		
Wundgeruch	Datum																		
	Intensität																		
	Belastung																		
Juckreiz im Wundbereich	Datum																		
	Intensität																		
	Belastung																		