

 <p>Evangelische Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH ...sicher und geborgen</p>	Handbuch Qualitätsmanagement Geltungsbereich: Pflege	Pflege Kap. D.1.4.2
	Absaugprotokoll	

Bewohner/in: _____ Wohnbereich: _____ Zimmernummer.: _____

Absaugart: 1 = oral 2 = nasal 3 = endotracheal (Bitte entsprechende Ziffer in der Spalte Absaugart eintragen)

Datum	Uhrzeit	Absaugart	Häufigkeit	Menge*	ggf. Beimengungen (z. B. Blut)	Farbe	Konsistenz	Reaktionen des Bewohners (z. B. Zyanosezeichen, Hustenreiz)	Hdz.

*Menge bitte wie folgt angeben: w = wenig, r = reichlich, m = massiv, sonstiges Angaben bitte direkt eintragen

Freigabe GF	Geprüft ZHL	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	Herr Sauder	QMB	2.0	September 2018	Seite 1 von 2

Datum	Uhrzeit	Absaug- art	Häufigkeit	Menge*	Ggf. Beimengungen (z. B. Blut)	Farbe	Konsistenz	Reaktionen des Bewohners (z. B. Zyanosezeichen, Hustenreiz)	Hdz.

*Menge bitte wie folgt angeben: w = wenig, r = reichlich, m = massiv, sonstiges Angaben bitte direkt eintragen