

【褥瘡経過評価記録】

部位 ()

利用者氏名 () 様

日付 () 年 月 日

写真等を張付

Depth 深さ*1 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する					
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤		4	皮下組織を超える損傷
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷
				DTI	深部損傷褥瘡(DTI)の疑い*2
				U	壊死組織で覆われ深さの判定が困難
Exdate 滲出液					
e	0	なし	E	6	多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する
	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない			
	3	中量等:1日1回のドレッシング交換を要する			
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定:[長径(cm)*3 × 短径(cm)]*4					
s	0	皮膚損傷なし	S	15	100以上
	3	4未満			
	6	4以上、16未満			
	8	16以上、36未満			
	9	36以上、64未満			
	12	64以上、100未満			
Inflammation/Infection 炎症/感染					
i	0	局所の炎症徴候なし	I	3C*5	臨海的定着疑い(創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など)
	1	局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		3*5	局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など)
				9	全身的影響あり(発熱など)
Granulation 肉芽形成					
g	0	創が治療した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑いの場合	G	4	良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める		5	良性肉芽が創面の10%未満を占める
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める		6	良性肉芽が全く形成されていない
Necrotic Tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する					
n	0	壊死組織なし	N	3	柔らかい壊死組織あり
				6	硬く厚い密着した壊死組織あり
Pocket					
p	0	ポケットなし	P	6	4未満
				9	4以上、16未満
				12	16以上、36未満
				24	36以上

*1 深さ(Depth: d/D)の点数は合計には加えない

*2 深部損傷褥瘡(DTI)疑いは、視診・触診、補助データ(発生経緯、血液検査、画像診断等)から判断する

*3 “短径”とは“長径と直交する最大径”である

*4 持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する

*5 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする

合計
*1

アセスメント	初回	対応
	改善	
	現状維持	
	悪化	
次回評価予定日() 年 月 日		記録者()

【褥瘡経過評価記録】

部位 (**仙骨部**)

利用者氏名 (**〇〇 〇〇** 様)

日付 (**20XX年 X月 X日**)

写真1	写真2	写真3
-----	-----	-----

Depth 深さ*1 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する						D	3
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷		
	1	持続する発赤		4	皮下組織を超える損傷		
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷		
				DTI	深部損傷褥瘡(DTI)の疑い*2		
		U	壊死組織で覆われ深さの判定が困難				
Exdate 滲出液						E	6
e	0	なし	E	6	多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する		
	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない					
	3	中量等:1日1回のドレッシング交換を要する					
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定:[長径(cm)*3 × 短径(cm)]*4						s	6
s	0	皮膚損傷なし	S	15	100以上		
	3	4未満					
	6	4以上、16未満					
	8	16以上、36未満					
	9	36以上、64未満					
	12	64以上、100未満					
Inflammation/Infection 炎症/感染						I	3C
i	0	局所の炎症徴候なし	I	3C*5	臨海的定着疑い(創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など)		
	1	局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		3*5	局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など)		
				9	全身的影響あり(発熱など)		
Granulation 肉芽形成						G	6
g	0	創が治療した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑いの場合	G	4	良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める		
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める		5	良性肉芽が創面の10%未満を占める		
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める		6	良性肉芽が全く形成されていない		
Necrotic Tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する						n	0
n	0	壊死組織なし	N	3	柔らかい壊死組織あり		
				6	硬く厚い密着した壊死組織あり		
Pocket						p	0
p	0	ポケットなし	P	6	4未満		
				9	4以上、16未満		
				12	16以上、36未満		
				24	36以上		

*1 深さ(Depth: d/D)の点数は合計には加えない
 *2 深部損傷褥瘡(DTI)疑いは、視診・触診、補助データ(発生経緯、血液検査、画像診断等)から判断する
 *3 “短径”とは“長径と直交する最大径”である
 *4 持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する
 *5 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする

合計
*1 **21**

<p>アセスメント</p> <p>● 「臨界的定着」は、「定着」と「感染」の間に位置し、両者のバランスにより、定着よりも細菌数が多くなった感染へと移行しかけた状態。</p> <p>● 創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など。</p> <p>次回評価予定日 (20XX年 X月 X日)</p>	初回	対応
	改善	①洗浄:広範囲にわたって創周囲石鹸洗浄。 ②ガーゼで創面の水分を除去 ③スクロードパスタを創面に塗布 ④さばきガーゼを置く。創の圧迫を避け、厚みが出ないようにする ⑤モイスキンパッドで保護
	現状維持	⑥尿の侵入を防ぐため下部はパーミロールで固定、上部はカプレステープで保護 ⑦尿取りパッドを横向きにあてる
	悪化	
		記録者 (▲▲◆◆)

【Pressure Ulcer Assessment Sheet】

Part ()

Patient's Name ()

Date (/ ,)

Post the Pictures

Depth*1: Evaluate at the deepest part of the wound, and if the wound becomes shallower with improvement, evaluate it as a corresponding depth.

d	0	No skin damage/Redness	D	3	Damage to subcutaneous tissue
	1	persistent redness		4	Injury beyond the subcutaneous tissue
	2	damage to the dermis		5	Damage to joint cavities and body cavities
				DTI	Suspected deep injury pressure ulcer (DTI)*2
				U	Covered with necrotic tissue, difficult to determine depth

Exdate

e	0	None	E	6	Heavy: Requires dressing changes 2 or more times a day
	1	Low: Not require daily dressing changes		15	Over 100
	3	Medium: Requires dressing change once a day			

Size: Measure skin damage area: [Long diameter (cm)*3 x Short diameter (cm)]*4

s	0	No skin damage	S	15	Over 100
	3	Less than 4			
	6	4 or more and less than 16			
	8	16 or more and less than 36			
	9	36 or more and less than 64			
	12	64 or more and less than 100			

Inflammation/Infection

i	0	No signs of local inflammation	I	3C	Suspected clinical colonization (the wound surface is slimy and exudate is abundant. If there is granulation, it is edematous and fragile, etc.)
	1	Signs of local inflammation (Redness, Swelling, Warmth, Pain around the wound)		*5	Obvious local signs of infection (inflammation signs, pus, foul odor, etc.)
				9	Systemic effects (such as fever)

Granulation

g	0	Treated wounds, shallow wounds, suspected Deep Tissue Injury (DTI) pressure ulcers	G	4	Benign granulation occupies ≥10% and <50% of the wound surface
	1	Benign granulation occupies more than 90% of the wound surface		5	Benign granulation occupies less than 10% of the wound surface
	3	Benign granulation occupies ≥50% and <90% of the wound surface		6	No benign granulation is formed

Necrotic Tissue: If mixed, evaluate with the overall number of pathologies

n	0	No necrotic tissue	N	3	with soft necrotic tissue
				6	Hard, thick, coherent necrotic tissue present

Pocket

p	0	No pocket	P	6	Less than 4
				9	4 or more and less than 16
				12	16 or more and less than 36
				24	Over 36

*1 Depth (d/D) scores are not added to the total
 *2 Suspected Deep Tissue Injury (DTI) pressure ulcer is determined based on visual inspection/palpation and auxiliary data (occurrence history, blood test, diagnostic imaging, etc.)
 *3 "Short diameter" means "long diameter perpendicular to major axis"
 *4 Persistent erythema should also be evaluated as for skin injury
 *5 Write either "3C" or "3", and in either case the score will be 3 points.

Total
*1

Assessment Next Assessment (/ ,)	First time	Countermeasure Recorder ()
	Improved	
	Keep Currently	
	Aggravation	

【Pressure Ulcer Assessment Sheet】

Part (**Sacrum**)

Patient's Name (**○○ □□**)

Date (**XX / XX, 20XX**)

Picture 1	Picture 2	Picture 3	
-----------	-----------	-----------	--

Depth*1: Evaluate at the deepest part of the wound, and if the wound becomes shallower with improvement, evaluate it as a corresponding depth.								
d	0	No skin damage/Redness	D	3	Damage to subcutaneous tissue	D	3	
	1	persistent redness		4	Injury beyond the subcutaneous tissue			
	2	damage to the dermis		5	Damage to joint cavities and body cavities			
				DTI	Suspected deep injury pressure ulcer (DTI)*2			
				U	Covered with necrotic tissue, difficult to determine depth			
Exdate								
e	0	None	E	6	Heavy: Requires dressing changes 2 or more times a day	E	6	
	1	Low: Not require daily dressing changes						
	3	Medium: Requires dressing change once a day						
Size: Measure skin damage area: [Long diameter (cm)*3 x Short diameter (cm)]*4								
s	0	No skin damage	S	15	Over 100	s	6	
	3	Less than 4						
	6	4 or more and less than 16						
	8	16 or more and less than 36						
	9	36 or more and less than 64						
	12	64 or more and less than 100						
Inflammation/Infection								
i	0	No signs of local inflammation	I	3C	Suspected clinical colonization (the wound surface is slimy and exudate is abundant. If there is granulation, it is edematous and fragile, etc.)	I	3C	
	1	Signs of local inflammation (Redness, Swelling, Warmth, Pain around the wound)		*5				Obvious local signs of infection (inflammation signs, pus, foul odor, etc.)
				9				
Granulation								
g	0	Treated wounds, shallow wounds, suspected Deep Tissue Injury (DTI) pressure ulcers	G	4	Benign granulation occupies ≥10% and <50% of the wound surface	G	6	
	1	Benign granulation occupies more than 90% of the wound surface		5				Benign granulation occupies less than 10% of the wound surface
	3	Benign granulation occupies ≥50% and <90% of the wound surface		6				No benign granulation is formed
Necrotic Tissue: If mixed, evaluate with the overall number of pathologies								
n	0	No necrotic tissue	N	3	with soft necrotic tissue	n	0	
				6				Hard, thick, coherent necrotic tissue present
Pocket								
p	0	No pocket	P	6	Less than 4	p	0	
				9				4 or more and less than 16
				12				16 or more and less than 36
				24				Over 36

*1 Depth (d/D) scores are not added to the total

*2 Suspected Deep Tissue Injury (DTI) pressure ulcer is determined based on visual inspection/palpation and auxiliary data (occurrence history, blood test, diagnostic imaging, etc.)

*3 "Short diameter" means "long diameter perpendicular to major axis"

*4 Persistent erythema should also be evaluated as for skin injury

*5 Write either "3C" or "3", and in either case the score will be 3 points.

	Total *1	21
--	----------	----

Assessment ● "Critical colonization" is positioned between "consolidation" and "infection", and due to the balance between the two, the state is about to shift to infection with more bacteria than colonization. ● The wound surface is slimy and exudates a lot. With granulation, edematous and friable, etc.	First time	Countermeasure ①Cleansing: Wash the surrounding area of the wound extensively. ②Remove water from the wound surface with gauze. ③Apply Scrood Pasta to the wound surface. ④Put the gauze on. Avoid pressure on the wound and prevent it from becoming thick. ⑤ Protect with moist skin pad. ⑥ To prevent urine from entering, the lower part is fixed with permyroll, and the upper part is protected with coverless tape. ⑦ Apply the urine absorption pad sideways.
	Improved	
	Keep Currently	
	Aggravation	
Next Assessment (XX / XX, 20XX)	Recorder (▲▲◆◆)	