

LEITFADEN

Stoma- versorgung



MEDIQ



Impressum

Herausgeber:
assist GmbH
In der Bruchwies 10
66663 Merzig-Besseringen
Telefon: 0 800-33 44 800
Fax: 0 800-33 44 801
kundenservice@assist.de
www.assist.de

Inhaltlich verantwortlich:
Abteilung
Therapiemanagement
Leitung Therapiebereich
Stomaversorgung
Kerstin Lünemann

Inhaltsverzeichnis

1 Anatomie und Physiologie	3 - 4
1.1 Verdauungsorgane.....	3
1.1.1 Magen-Darm-Trakt.....	3
1.1.2 Weitere an der Verdauung beteiligte Organe.....	4
1.2 Harntrakt.....	4
2 Stomaanlagen	5 - 10
2.1 Darmstomata.....	6
2.1.1 Stomata im Bereich des Dünndarmes (Ileostoma).....	6
2.1.2 Stomata im Bereich des Dickdarmes (Kolostoma).....	7
2.2 Urostomata.....	9
2.2.1 Inkontinente Urostomata.....	9
2.2.2 Kontinente Urostomata.....	10
3 Hilfsmittel zur Stomaversorgung	11 - 16
3.1 Anforderungen an eine Stomaversorgung.....	11
3.2 Überblick der Versorgungsvarianten.....	11
3.2.1 Einteilige Systeme.....	11
3.2.2 Zweiteilige Systeme.....	11
3.3 Basisplatten.....	11
3.3.1 Plane Basisplatten.....	12
3.3.2 Leicht konvexe Basisplatten.....	12
3.3.3 Konvexe Basisplatten.....	12
3.3.4 Vorgestanzte Basisplatten.....	12
3.3.5 Ausschneidbare Basisplatten.....	12
3.3.6 Modellierbare Basisplatten.....	12
3.3.7 Basisplatten mit mikroporösem Kleberand.....	12
3.3.8 Basisplatten mit untergreifbarem Rastring.....	12
3.3.9 Basisplatten mit Klebekopplung.....	12
3.4 Beutelsysteme.....	13
3.4.1 Stomakappen/-mit Schaumstofftampon.....	13
3.4.2 Mini Beutel/midi Beutel.....	13
3.4.3 Maxi Beutel.....	13
3.4.4 Geschlossene Beutel.....	13
3.4.5 Offene Beutel (Ausstreifbeutel).....	13
3.4.6 Beutel mit Aktivkohlefilter.....	13
3.4.7 Urostomiebeutel.....	13
3.4.8 Transparente Beutel.....	13
3.4.9 Hautfarbene Beutel.....	13
3.4.10 Post-OP-Beutel.....	14
3.4.11 Drainage Beutel für den Tag.....	14
3.4.12 Drainage Beutel für die Nacht.....	14
3.4.13 Kinderbeutel.....	14
3.5 Adhäsiv-Produkte.....	14
3.5.1 Adhäsiv-Platten.....	14
3.5.2 Adhäsiv-Pasten.....	14
3.5.3 Adhäsiv-Ringe/Modellierstreifen.....	15
3.5.4 Adhäsiv-Pulver.....	15
3.6 Hautschutz- und Pflegemittel.....	15
3.6.1 Reinigungslotionen.....	15
3.6.2 Hautschutzfilm.....	15
3.6.3 Pflege- und Schutzcremes.....	15
3.7 Zubehör.....	16
3.7.1 Gürtel.....	16
3.7.2 Stomabandagen.....	16
3.7.3 Beutelüberzüge.....	16
3.7.4 Deodorantien.....	16
3.7.5 Flüssigkeitsbindende Hilfsmittel.....	16
3.7.6 Schablonen.....	16
3.7.7 bedingt zur Stomapflege geeignete Produkte.....	16
3.7.8 zu vermeidende Materialien.....	16
4 Präoperative Maßnahmen	17 - 18
4.1 Das präoperative Gespräch.....	17
4.2 Die präoperative Stomamarkierung.....	17
5 Postoperative Maßnahmen	19 - 20
5.1 Stomapflege.....	19
5.2 Patientenanleitung.....	20
5.3 Entlassungsgespräch.....	20
5.4 Anpassung der Versorgung an die individuellen Bedürfnisse....	21
6 Pflegerische Versorgung	22 - 37
6.1 Pflegestandard „Wechsel einer einteiligen, vorgefertigten Versorgung“.....	23
6.2 Pflegestandard „Wechsel einer zweiteiligen, vorgefertigten Versorgung“.....	25
6.2.1 Pflegestandard „Wechsel des Beutels beim zweiteiligen System“.....	27
6.3 Pflegestandard „Leeren eines Ausstreifbeutels“.....	28
6.4 Pflegestandard „Umgang mit ausschneidbaren Systemen“.....	29
6.5 Pflegestandard Irrigation.....	32
6.6 Anleitung zur Selbstversorgung mobiler Patienten.....	37
7 Spezielle pflegerische Versorgung	38 - 40
7.1 Versorgung einer Kolostomie.....	38
7.2 Versorgung einer Ileostomie.....	38
7.3 Versorgung einer Urostomie.....	38
7.4 Versorgung älterer Patienten.....	38
7.5 Versorgung bei Säuglingen und Kindern.....	39
7.6 Versorgung von Bestrahlungspatienten.....	39
7.7 Splintversorgung.....	40
7.8 Reiterversorgung.....	40
8 Mögliche Komplikationen	41 - 50
8.1 Frühkomplikationen.....	41
8.2 Spätkomplikationen.....	43
8.3 Hautkomplikationen.....	46
9 Ernährung	51
10 Leben mit dem Stoma	52 - 55
10.1 Beruf.....	52
10.2 Sport und Freizeit.....	52
10.3 Reisen und Geselligkeit.....	52
10.4 Schwangerschaft.....	53
10.5 Familie, Partnerschaft, Sexualität.....	53
10.6 Anerkennung Schwerbehinderter.....	54
10.7 Kostenübernahme für Stomaartikel im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.....	54
10.8 Nachuntersuchungen.....	55
11 Anhang	56 - 64
11.1 Literaturverzeichnis.....	56
11.2 Glossar.....	57

1. Anatomie und Physiologie

1.1 Verdauungsorgane

1.1.1 Magen-Darm-Trakt

Der Magen-Darm-Trakt besteht aus folgenden Abschnitten:

Mundhöhle (Cavum oris)

Die Mundhöhle ist der erste Teil des Verdauungstraktes und dient vorwiegend der mechanischen Zerkleinerung und Durchmischung der Nahrung.

Speiseröhre (Ösophagus)

Die Speiseröhre ist ein ca. 25 cm langer Muskelschlauch. Sie dient dem Transport der Nahrung vom Mund zum Magen.

Magen (Ventriculus, Gaster)

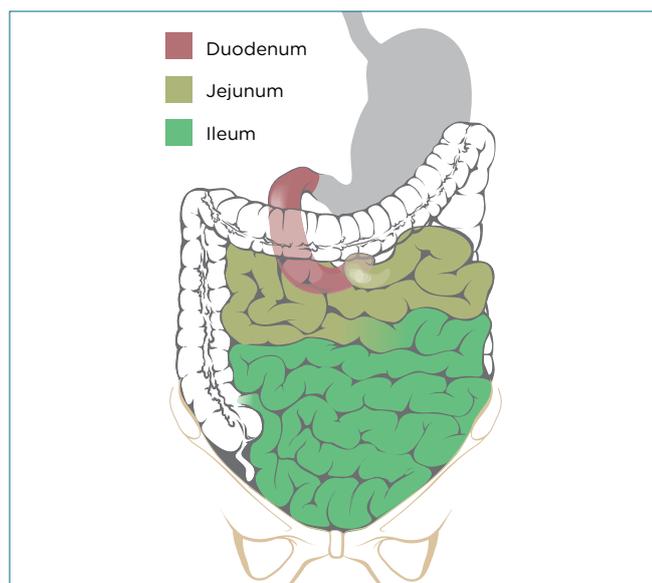
Der Magen hat die Aufgabe, die Nahrung in Nahrungsbrei umzuwandeln und mit Magensaft anzureichern. Er gibt den Speisebrei portionsweise an den Zwölffingerdarm (Duodenum) ab.

Dünndarm (Intestinum tenue)

Der Dünndarm wird anatomisch in drei Abschnitte unterteilt:

- Zwölffingerdarm (Duodenum, ca. 20 cm)
- Leerdarm (Jejunum, ca. 2/5)
- Krummdarm (Ileum, ca. 3/5)

Der Dünndarm ist mit ca. 5 bis 7 Metern der längste und wichtigste Teil des Verdauungstraktes. Er zerlegt die Nahrung enzymatisch in ihre Grundbaustoffe (Einfachzucker, Aminosäuren, Glycerin und Fettsäuren) und ist für deren Resorption ins Blut bzw. in die Lymphe zuständig.



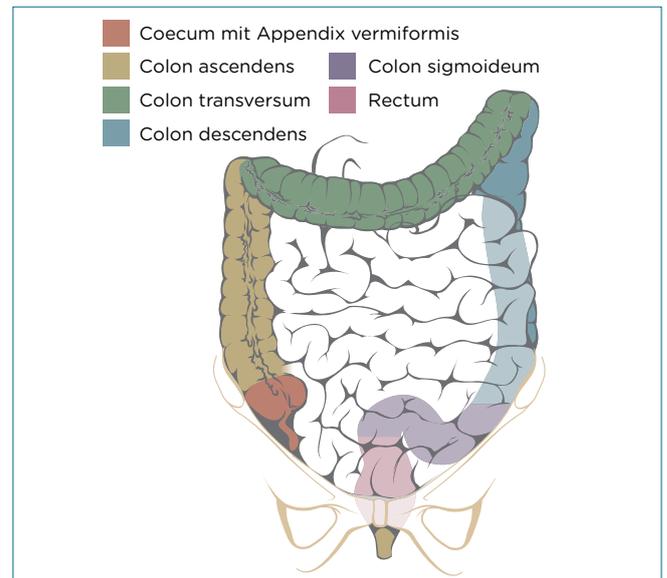
Unterteilung des Dünndarms

Dickdarm (Intestinum crassum)

Der Dickdarm wird anatomisch in sechs Abschnitte unterteilt:

- Blinddarm (Coecum)
- aufsteigender Dickdarm (Colon ascendens)
- querverlaufender Dickdarm (Colon transversum)
- absteigender Dickdarm (Colon descendens)
- S-förmiger Dickdarm (Colon sigmoideum)
- Enddarm (Rectum)

Der Dickdarm ist ca. 1,5 bis 2 m lang und entzieht dem Darminhalt Wasser, um es dem Organismus wieder zur Verfügung zu stellen. Er baut mit Hilfe von Bakterien, die zur natürlichen Darmflora gehören, die unverdaulichen Nahrungsbestandteile durch Fäulnis- und Gärungsprozesse ab.



Unterteilung des Dickdarms

LEITFADEN STOMAVERSORGUNG

1.1.2 Weitere an der Verdauung beteiligte Organe

Leber (Hepar)

Lage

Die Leber liegt im rechten Oberbauch direkt unter dem Zwerchfell.

Gewicht

Die Leber eines Menschen ist ca. 1.500 g schwer und damit das größte Stoffwechselorgan des menschlichen Körpers.

Funktionen

Die Leber dient als Filter- und Entgiftungsstation, Ausscheidungsorgan, Speicherorgan, Drüse sowie als Bildungs- und Umbaustätte vielfältiger Substanzen. Sie produziert täglich ca. 0,5 l Galle, Eiweiß- und Gerinnungsfaktoren.

Gallenblase (Vesica biliaris, Vesica fellea)

Lage

Birnenförmiges Hohlorgan an der Unterseite der Leber.

Größe

Die Gallenblase ist ca. 7 - 10 cm lang und kann ca. 50 ml Gallensekret (sog. Galle) speichern.

Funktionen

Die Galle ist ein von der Leber gebildetes Sekret, das zur Fettverdauung über den Gallengang in den Zwölffingerdarm abgegeben wird. Nicht benötigte Galle wird in der Gallenblase gesammelt und konzentriert. Folgende Inhaltsstoffe der Galle spielen für die Fettverbrennung und -resorption eine wichtige Rolle:

- die Gallensäure (in der Leber aus Cholesterin gebildet)
- Lecithin und andere Phospholipide

Bauchspeicheldrüse (Pankreas)

Lage

Die Bauchspeicheldrüse liegt retroperitoneal in Höhe des 2. Lendenwirbels hinter dem Magen.

Gewicht/Größe

Die Bauchspeicheldrüse ist ca. 70 - 100 g schwer und ca. 15 - 20 cm lang.

Funktionen

Die Bauchspeicheldrüse bildet als exokrine Drüse den Pankreassaft, der in den Dünndarm abgegeben wird. Außerdem bildet sie als endokrine Drüse die Hormone Insulin, Glukagon und Somatostatin, die in das Blut abgegeben werden. Diese Hormone regulieren u. a. den Zuckerhaushalt.

1.2 Harntrakt

Zum Harntrakt gehören folgende Abschnitte:

Nieren (Renes)

Lage

Die Nieren sind paarig angelegt und liegen retroperitoneal neben der Wirbelsäule.

Funktionen

Die Nieren regulieren den Wasser- und Elektrolythaushalt sowie das Säure-Basen-Gleichgewicht. Sie sind für die Ausscheidung von Stoffwechselendprodukten und Fremdstoffen (Entgiftungsfunktion) verantwortlich.

Nierenbecken (Pelvis renalis)

Das Nierenbecken ist der Auffangraum der Nieren für den aus den Nierenpapillen tropfenden Harn.

Harnleiter (Ureter)

Lage

Harnleiter sind retroperitoneal gelegene muskelstarke Schläuche.

Größe

Harnleiter sind ca. 30 cm lang.

Funktionen

Harnleiter befördern, durch peristaltische Wellen, den Urin aktiv vom Nierenbecken in die Harnblase. Sie sind mit einem Antirefluxmechanismus bei der Einmündung in die Harnblase versehen, sodass ein Harnrückfluss in die Nieren verhindert wird.

Harnblase (Vesica urinaria)

Größe

Die Harnblase hat ein Fassungsvermögen von durchschnittlich 450 ml und maximal 800 ml.

Funktion

Die Harnblase ist ein muskulöses Hohlorgan, in dem der Urin gesammelt wird.

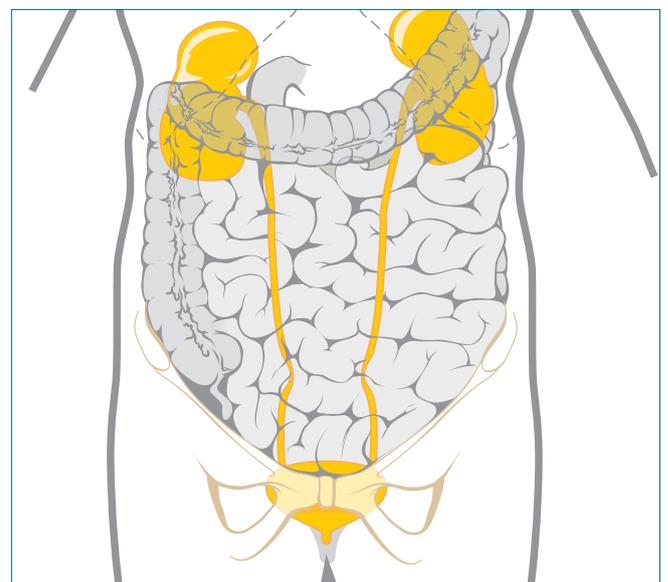
Harnröhre (Urethra)

Größe

Die weibliche Harnröhre ist ca. 2,5 - 6 cm lang. Die männliche Harnröhre ist ca. 20 - 25 cm lang.

Funktion

Die Harnröhre bildet den Ausführungsgang der Harnblase.



Niere und ableitendes Harnsystem

2. Stomaanlagen

Der Begriff „Stoma“ (Plural = Stomata) kommt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt „Mund“ oder „Öffnung“.

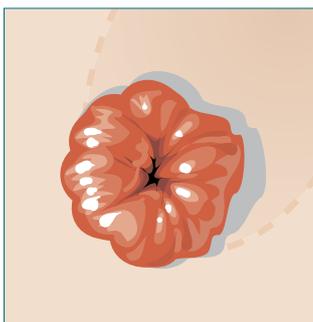
Unter einem Stoma wird grundsätzlich eine operativ angelegte „künstliche“ Verbindung zwischen einem Hohlorgan und der äußeren Haut verstanden. Stomata dienen dazu, Stuhl (Ileo- oder Kolostoma) oder Harn (Urostoma) abzuleiten oder um Nahrung zuzuführen (Gastrostoma, Jejunostoma).

Der Begriff „Anus praeternaturalis“ ist ein Sammelbegriff für alle künstlichen Darmausgänge, der jedoch keinen Aufschluss über die Lokalisation des ausgeleiteten Darmabschnittes gibt. Zudem wird dieser Begriff in der Praxis kaum bis gar nicht mehr verwendet. Darmstomata werden je nach Darmabschnitt bzw. nach dem Abschnitt, aus dem das Stoma angelegt wurde, benannt.

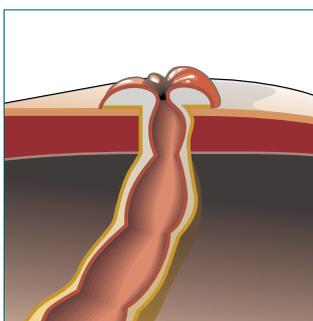
Dickdarm- und Dünndarmstomata können sowohl endständig als auch doppelläufig angelegt werden. Endständig oder doppelläufig beschreibt die Operationstechnik. Welches Operationsverfahren angewendet wird, hängt in der Regel von der Indikation sowie vom Operateur ab. Darmstomata werden entweder temporär/passager (vorübergehend) oder permanent/definitiv (dauerhaft) angelegt.

Endständiges Stoma

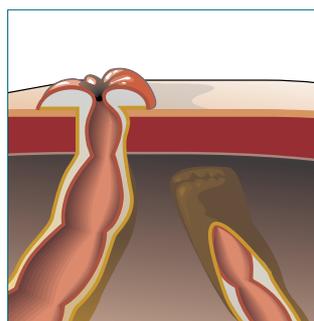
Bei einem endständigen Stoma wird der Darm komplett durchtrennt. Dabei wird der orale (zuführende) Darmschenkel an der Bauchdecke fixiert und die Darmöffnung ist zu sehen. Der nachfolgende Darmschenkel ist blind verschlossen oder entfernt. Entgegen einem weit verbreiteten Irrtum bezeichnet ein endständiges Stoma nicht zwingend eine endgültige Anlage.



Endständiges Stoma (Aufsicht)



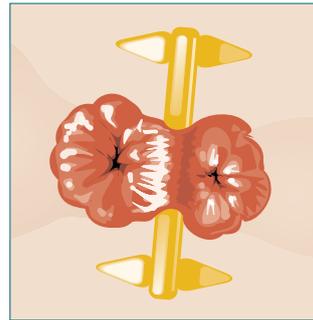
Querschnitt eines endständigen und endgültigen Stomas, nachfolgender Darmverlauf ist entfernt



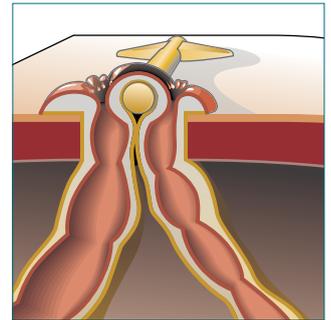
Querschnitt eines endständigen und endgültigen Stomas, nachfolgender Darmverlauf ist blind verschlossen

Doppelläufiges Stoma

Bei einem doppelläufigen Stoma bleiben sowohl der zuführende als auch der nachfolgende Darmschenkel erhalten. Die beiden Darmschenkel werden an der Bauchdecke fixiert. Dadurch sind zwei Darmöffnungen zu sehen. Um ein Abrutschen des Stomas in den Bauchraum zu vermeiden, wird unter der hervorgeholten Darmschlinge ein sogenannter Reiter (Steg oder Brücke) gelegt. Dieser hält den nicht durchtrennten Darmteil oberhalb der Bauchdecke. [» siehe Kapitel „7.8 Reiterversorgung“, S. 40]



Doppelläufiges Stoma mit Reiter (Aufsicht)



Doppelläufiges Stoma mit Reiter (Querschnitt)

Hinweis [!]

In einigen Fällen kann es vorkommen, dass der Kot in den aboralen Darmschenkel „eingezogen“ wird bzw. überläuft. Dies kann bei den Betroffenen einen StuhlDrang auslösen und auch zu einem analen Stuhlabgang führen. Auch der Darmschleim, der im ausgeschalteten Teil des Darmes produziert wird, kann unter Umständen einen StuhlDrang auslösen. Beides ist jedoch völlig unbedenklich.

5. Postoperative Maßnahmen

5.1 Stomapflege

Im Vordergrund der postoperativen Stomapflege stehen die Beobachtung und Kontrolle der Stomaanlage, der parastomalen Haut sowie der erste Versorgungswechsel nach der Operation.

Die erste Versorgung der Stomaanlage mit Stomaprodukten erfolgt bereits im Operationssaal. Um die Stomaanlage und die parastomale Haut vor Komplikationen bestmöglich zu schützen sowie zur Unterstützung des Heilungsprozesses, sollte die postoperative Versorgung den modernen Kriterien entsprechen und die ständige Kontrolle des Stomas und der Ausscheidung ermöglichen. Wichtig ist, dass die Versorgung auf trockener Haut passgenau und faltenfrei angebracht wird. In den ersten ca. 48 Stunden ist die Stomaanlage und die Umgebung als primäre Wunde zu betrachten und daher steril zu versorgen.

Postoperative Beobachtung und Kontrolle

Ziel der postoperativen Beobachtung und Kontrolle ist es, Frühkomplikationen (insbesondere Blutungen) rechtzeitig zu erkennen [» siehe Kapitel „8.1 Frühkomplikationen“, S. 41], um Gegenmaßnahmen einleiten zu können und den Heilungsverlauf zu dokumentieren. Die Beobachtung und Kontrolle sollte bis zum dritten Tag nach der OP mindestens zwei Mal täglich durchgeführt werden. Ist der weitere Verlauf komplikationslos, wird im Rahmen des täglichen Versorgungs- oder Beutelwechsels kontrolliert.

Pflegerische Beobauungskriterien

1. Überwachung des Patienten

- Vitalzeichen
- Flüssigkeitszufuhr
- Vigilanz (Wachheitszustand)

2. Überwachung des Stomas

- Lokalisation
- Reiterversorgung
- Stomagröße
- Splintversorgung

3. Überwachung der Stomaschleimhaut

- Durchblutung:
 - » hellrot bis rot = normal, gut durchblutet
 - » weisslich = schlechte Durchblutung
 - » dunkelrot bis violett = schlechte Durchblutung
 - » schwarz = Anzeichen einer beginnenden Nekrose
- Stomaödem

4. Überwachung der mukokutanen Verbindung

- Fixation des Stomas (Nähte)
- Wundverhältnisse

5. Überwachung der stomaumgebenden Haut

- Hautreaktionen (Hautirritation, allergische Reaktion)
- Infektionszeichen

6. Überwachung der Ausscheidung

- Menge
- Geruch
- Konsistenz
- Beimengungen
- Farbe

Erster Versorgungswechsel nach der OP

In der Regel erfolgt der erste Versorgungswechsel am dritten post-OP-Tag. Dieser hat einen besonderen Stellenwert in der Rehabilitation eines Stomaträgers, da gleichzeitig die erste Begegnung des Patienten mit seiner neuen Körpersituation stattfindet. Der erste Versorgungswechsel kann sich prägend auf die Verarbeitung des Krankheitsprozesses des Stomaträgers auswirken. Die Durchführung sollte daher von einer erfahrenen und kompetenten Pflegefachkraft/Stomatherapeuten durchgeführt werden. Ein entsprechender zeitlicher Rahmen sollte hierfür bestimmt werden, um evtl. auftretende Fragen klären zu können.

Hinweis [!]

Eine gesunde, intakte Haut im Stomabereich ist die Grundlage für eine dauerhafte und komplikationslose Versorgung. Aus diesem Grund muss jede Stomaanlage von Anfang an optimal gepflegt und versorgt werden [» siehe Kapitel „6. Pflegerische Versorgung“].

5.2 Patientenanleitung

Ziel der Anleitung, Schulung und Beratung ist es, einen bedarfsgerechten und individuellen Übergang von der postoperativen Phase zur Selbstversorgung zu schaffen. Dabei wird der Patient von entsprechend geschultem Personal behutsam, aber umfassend an die neue Situation herangeführt. Der Patient sollte in alle Entscheidungen bzgl. seiner weiteren Versorgung mit einbezogen und als Experte für seine private Situation angesehen werden.

Die Pflegekraft sollte dabei den Patienten umfassend informieren und ihm jeden Schritt der Versorgung erklären. Dadurch wird der Lernprozess zur Selbstpflege in Gang gesetzt. Wichtig ist, dass die Pflegekraft alle Vorgänge patientenorientiert erklärt und den Patienten zum Zusehen/zur Mithilfe aktiviert. Dabei sollten Depressionen, Desinteresse, Ekel, Ablehnung oder Aggression akzeptiert werden. Eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Patientenanleitung ist, dass die Pflegekraft selbst ruhig, kompetent, gelassen und freundlich agiert sowie evtl. auch die Angehörigen mit einbezieht.

Die Assist-Fachkräfte vor Ort unterstützen Sie u. a. bei folgenden Themen:

- Auswahlkriterien für die individuelle Versorgung
- Materialien zur Stomaversorgung
- Anwendungs- und Einsatzmöglichkeiten von Hilfsmitteln und Zubehör
- Erkennung und Behandlung von Komplikationen
- Wundmanagement im Bereich der Stomaversorgung
- Lösungsansätze bei Problemversorgungen
- Irrigation
- Ernährungs- und Alltagssituationen

Dokumentation bei der stationären Versorgung

Assist stellt Ihnen für die Dokumentation ein umfassendes System zur Verfügung, das die Beurteilung und Auswertung des Therapieverlaufs standardisiert und vereinfacht. Bei Interesse fragen Sie bitte Ihre zuständige Assist-Fachkraft.

5.3 Entlassungsgespräch

Die Entlassung ist ein weiterer wichtiger Schritt im Rehabilitationsprozess eines Stomaträgers. Für den Betroffenen beginnt ein gänzlich neuer und ungewohnter Lebensabschnitt. Daher ist die Entlassung sorgfältig zu planen.

Bereits vor der Entlassung aus der stationären Behandlung nimmt eine Assist-Fachkraft auf Wunsch Kontakt zum Patienten auf. Dabei werden verschiedene Fragen geklärt:

1. Ist eine Selbstversorgung möglich?
2. Wer kann die Weiterversorgung übernehmen?
3. Wer ist der zukünftige Ansprechpartner des Betroffenen?
4. Welches Versorgungsmaterial wird mitgegeben?

5. Entspricht die Entlassungsversorgung den momentanen Fertigkeiten des Patienten im Hinblick auf eine Selbstversorgung? Die Entlassungsversorgung ist nicht unbedingt die endgültige Versorgung. Transparente Beutel, Ausstreifebeutel und ausschneidbare Haftflächen können später verändert werden.

6. Kann der Patient seine Versorgung sicher wechseln?
- ggf. erfolgt eine Anleitung
 - wenn der Patient den täglichen Beutelwechsel selbstständig beherrscht, kann ein zweiteiliges System hilfreich sein. Der Wechsel der Basisplatte kann dann mit Hilfe erfolgen.

In der Regel stellt die Klinik die Entlassungsverordnung aus. Kann von der Klinik keine Verordnung ausgestellt werden, muss der Betroffene unbedingt eine Aufstellung seiner Versorgungsmaterialien erhalten (z. B. mit Stomapass). Assist organisiert den reibungs- und lückenlosen Übergang in die ambulante Nachversorgung – von der Hilfestellung bei der Rezeptbeschaffung bis hin zur pünktlichen Belieferung mit allen für die Therapie notwendigen Versorgungsmaterialien.

Folgende Punkte sollten frühzeitig durch den Sozialdienst geklärt werden:

1. Ist eine Anschlussbehandlung für den Patienten unter den gesetzlichen Bedingungen möglich?
2. Wird der Betroffene in sein häusliches Umfeld entlassen und wird die Mithilfe einer Sozialstation benötigt?
3. Kann der Patient seinen Beruf weiterhin ausüben?

Hinweis [!]

Betroffene mit einer temporären Stomaanlage müssen darüber aufgeklärt werden, dass sie bis zur Rückoperation ein professionelles Schließmuskeltraining (z. B. Physiotherapie) durchführen sollten. Dadurch kann einer Stuhlinkontinenz entgegengewirkt werden.

Jeder Betroffene sollte bei der Entlassung aus der Klinik einen Stomapass erhalten. In diesem sollten folgende Punkte aufgeführt sein:

- Angaben zur Person
- vorgenommene Operation (Datenschutz beachten)
- Stomaart, Form und Größe
- anatomische Lage des Stomas
- Prominenz des Stomas
- jetzige Ausscheidung
- genaue Versorgung (Produktname, Firma, Artikelnummer)
- zusätzlich benötigte Versorgungsartikel (z. B. Paste, Puder)
- Besonderheiten an Stoma und Haut (Fäden, Reiter, Allergien)

5.4 Anpassung der Versorgung an die individuellen Bedürfnisse

Um den Betroffenen auf sein individuelles Versorgungssystem einzustellen, können die nachfolgenden Anhaltspunkte zur zielgerichteten Auswahl hilfreich sein. Die Kriterien gilt es mit und für den Betroffenen individuell herauszufinden.

Grundsätzlich gilt: Die Stomaversorgung sollte so einfach wie möglich und so kompliziert wie nötig sein.

ART DES STOMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Kolostoma • Ileostoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Urostoma
LAGE DES STOMAS	<ul style="list-style-type: none"> • in narbigem oder faltigem Gewebe 	<ul style="list-style-type: none"> • auf Hautniveau, retrahiert oder prominent
HAUTTYP	<ul style="list-style-type: none"> • fettige, trockene oder normale Haut • übermäßiges Schwitzen • Allergien beachten • besondere Hauterkrankungen (z. B. Psoriasis) • intakte Hautverhältnisse 	
STOMAFORM UND -GRÖßE	<ul style="list-style-type: none"> • rund: bereits vorgestanzte Öffnung • oval: individuelle Anpassung an das Stoma 	<ul style="list-style-type: none"> • in den ersten 3 bis 6 Monaten sollten bevorzugt ausschneidbare Systeme verwendet werden
ANFORDERUNG AN DIE VERSORGUNG	<ul style="list-style-type: none"> • Beutelfolie/-farbe • ein- oder zweiteiliges System • Beutelgröße 	<ul style="list-style-type: none"> • Schutzvlies notwendig • Zubehör
INDIVIDUELLE GEGEBENHEITEN	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergewicht • Säugling, Kleinkind, Jugendlicher, Erwachsener • selbstständige Versorgung • Versorgung durch Angehörige, Bezugsperson, Pflegedienst oder Pflegepersonal in Pflegeeinrichtung 	
FUNKTIONSEINSCHRÄNKUNGEN	<ul style="list-style-type: none"> • manuelle Fähigkeiten • visuelle Fähigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilität
EIGENSCHAFTEN DER AUSSCHIEDUNG	<ul style="list-style-type: none"> • ernährungsabhängig • Stuhl: fest, breiig oder flüssig 	<ul style="list-style-type: none"> • Harn: Menge und Aussehen
ANSPRUCH AN ALLTAGSTAUGLICHKEIT	<ul style="list-style-type: none"> • Sport • Sauna • Intimleben 	<ul style="list-style-type: none"> • Beruf • Reisen
WÜNSCHE DES BETROFFENEN	<ul style="list-style-type: none"> • ein- oder zweiteiliges System • Flexibilität des Produktes • Form und Größe der Beutel • Farbe der Beutelfolie 	<ul style="list-style-type: none"> • Vlies • Gürtel • Sonderzubehör • Hautschutz mit oder ohne mikroporöser Klebefläche

gemeinsam besser versorgen



Assist a Mediq company

assist GmbH

In der Bruchwies 10
66663 Merzig-Besseringen

Tel 0 800-33 44 800
Fax 0 800-33 44 801

kundenservice@assist.de
www.assist.de



REININGER AG
GESUNDHEITZENTRUM

MEDIQ

Reininger AG

Berner Straße 32-34
60437 Frankfurt/Main

Telefon 0 69-9 05 49-0
Telefax 0 69-9 05 49-333

info@reininger-ag.de
www.reininger-ag.de

W-HP1410316 Schutzgebühr 5,00 €



W-HP141