

AIRLIFE® NICHT-INVASIVE (NIV) MASKE

EINRICHTUNG /KRANKENHAUS _____

NAME + TITEL _____

ABTEILUNG _____

STARTDATUM _____ STOP-DATUM _____

Maskentyp: ☐ Vollgesichtsmaske ☐ Nasal

Maskengröße: ☐ Klein ☐ Medium ☐ Groß

Maskenfunktionen: ☐ Belüftet mit AAV ☐ Nicht belüftet mit AAV ☐ Nicht belüftet ohne AAV

Name des Beatmungssystems: _____

Schaltungstyp: _____ ☐ Erhitzt ☐ Unbeheizt



Die Einstufung erfolgt auf einer Skala von 1 bis 5: 1 = Stimme der Aussage überhaupt nicht zu. 5 = Stimme der Aussage voll und ganz zu. Wenn Sie der Aussage nicht oder überhaupt nicht zustimmen, geben Sie unten bitte einen Kommentar an, warum Sie das so empfinden.

GRAD DER ÜBEREINSTIMMUNG (FÜR JEDE AUSSAGE EINEN KREIS SETZEN)	1 STIMME ÜBERHAUPT NICHT ZU	2 NICHT ÜBEREINSTIMMEN	3 NEUTRAL	4 ZUSTIMMEN	5 STIMME VOLL UND GANZ ZU
Kann dem Patienten bequem und einfach die NIV-Maske anlegen	1	2	3	4	5
Die NIV-Maske konnte eine Abdichtung gewährleisten	1	2	3	4	5
Die NIV-Maske funktionierte gut mit dem Beatmungssystem	1	2	3	4	5
Kann die NIV-Maske anpassen und einstellen	1	2	3	4	5
Der Patient war mit der NIV-Maske zufrieden	1	2	3	4	5
NIV-Maske war klinisch akzeptabel	1	2	3	4	5

MARKIEREN SIE FÜR JEDE ANWEISUNG DIE EINS

Wurde mit der NIV-Maske ein Hautschutz verwendet?	JA	NEIN
Wurden bei der Verwendung dieser Maske Hautschäden festgestellt?	JA	NEIN
Ich empfehle die Einführung der AirLife NIV-Maske in unserer klinischen Praxis	JA	NEIN
Funktionierte die Maske bei Verwendung mit einem beheizten Luftbefeuchter ordnungsgemäß?	JA	NEIN

Wenn nein, warum nicht?

ZUSÄTZLICHE KOMMENTARE:
