Alle SOPs müssen auf die individuellen Vorgaben und Ressourcen der Kliniken angepasst werden.
Dieser Entwurf dient als Hilfestellung.

1. Zweck der Verfahrensanweisung (SOP)

Patient*innen mit Diabetes mellitus haben im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ein erhöhtes Risiko für Stoffwechselentgleisungen, Wundheilungsstörungen und einer verlängerten Liegedauer.

2. Geltungsbereich

Medizinisches Personal im gesamter Klinikbereich, außer Pädiatrie.

3. Prozessbeschreibung

<table>
<tr><th colspan="2">Hat Patient/-in Diabetes mellitus und welcher Typ?</th></tr>
<tr><td>Ja.</td><td>Nein, nicht bekannt.</td></tr>
<tr><td>Typ 1 – In Dokumentation markieren. (Gilt auch für pankreopriver Diabetes mellitus.)
Typ 2 und anderen Formen</td><td>Diagnosekriterien:
- Gelegenheitsblutzucker (nicht nüchterner Wert zu einem beliebigen Zeitpunkt gemessen) ≥ 200 mg/dl/ (≥ 11,1 mmol/l)
- Nüchtern BZ ≥ 126 mg/dl (≥ 7mmol/l)
- HbA1c ≥ 6.5 %</td></tr>
<tr><td></td><td>Diabetesteam oder ärztliches Fachpersonal informieren, ggf. Diabetesberatung konsiliarisch anfordern.</td></tr>
<tr><td>Ist Diabetesequipment mit Medikamenten und Insulinen vor Ort?</td><td rowspan="5">BZ-Tagesprofil ansetzen nach Arztrücksprache</td></tr>
<tr><td>- Bei eigenständiger Durchführung der Therapie sollte Equipment Betroffenen ausgehändigt werden:

z. B. Traubenzucker, Penkanülen, Abwurfbehälter.

- BZ nach Tagesprofil messen/ erfragen u. dokumentieren, sowie Insulin-Menge,
- BZ-Messtechnik, Spritztechnik, Katheter-, Sensor- u. Spritzstellen, überprüfen,
- Sensoren und Insulinpumpen unter Zugängen in Kurven/ Dokumentation eintragen.</td></tr>
<tr><td>Fußstatus intakt/auffällig?</td></tr>
<tr><td>Wundexperte/ Wundexpertin und ärztliches Fachpersonal bei Fußwunden und Auffälligkeiten informieren.</td></tr>
<tr><td>Kostform erfragt? Umgesetzt?</td></tr>
</table>

Entlassungsmanagement ggf. Angehörigenschulung, Sozialdienst, falls erforderlich.	

4. Inkraftsetzung

Erstellt	Geprüft auf Richtigkeit, Inhalt und Einhaltung der Dokumentationsrichtlinien	Freigabe und Inkraftsetzung
Datum, Ort	*Datum, Ort*	*Datum, Ort*
Name des Erstellenden (Name der Abteilung)	*Name des Prüfenden (Name der Abteilung)*	*Name des Freigebenden (Name der Abteilung)*
Versions Nummer:		
Nächste Überprüfung:		

©Arbeitsgemeinschaft Geriatrie und **Pflege**: Batz, Feuring, Harms, Lenden, Pripakis, Schöning, Schmidt, Schuetz, Uhlig, Vlajić.