

Vorstellung des Feinkonzepts der 10-Jahres-Nachuntersuchung

Untersuchertreffen 13.05.2014

Dr. M. Wagner

SPZ Oldenburg



Niedersächsisches
Frühgeborenen-Nachuntersuchungsprojekt



Glossar (Ausschnitt)

Glossar zur Frühgeborenen-Nachuntersuchung mit 10 Jahren Stand: 12.05.2014

Ärztlicher Teil

ANAMNESE

B. ZNS/ Hören/ Sehen

- Liquorshunt: Ja, wenn Shunt aktuell noch vorhanden
- Cerebrale Anfälle: Ja, wenn mindestens ein unprovoked Anfall innerhalb der letzten 5 Jahre. Ausgenommen sind Gelegenheitsanfälle wie Fieberkrämpfe.
- Antikonvulsive Dauermedikation: Ja, wenn aktuell gegeben
- Deutliche Sehstörung: Visus < 10 %, bzw. 0,1, nicht gemeint korrigierte Refraktionsfehler
- Blindheit: Definition im gesetzlichen Sinne (Visus nicht mehr als 2 %), keine cortikale Blindheit, anamnestic Angabe nach augenärztlichem Befund
- hochgradige Hörstörung mit Hörgerät oder Cochleaimplantat: nicht gemeint sind Hörgeräte bei AVWS

C. Lunge

- Sauerstoffbedarf: Ja, wenn Sauerstoffgabe permanent oder intermittierend zu Hause
- Medikamente bei Atembeschwerden: Dauertherapie auch bei saisonaler Gabe, wenn in der letzten Saison erfolgt.

D. Ernährung

- Ernährungsstörung mit Button/ PEG/ Sonde: ja auch, wenn nur Medikamentengabe über die Sonde.

Angaben Kind / Untersucher

EPT Untersuchung 4 im Alter von 10 Jahren

| | |
|---|---------------------|
| Kinderklinik _____ Nachuntersuchung im SPZ _____ Untersuchungszeitraum von _____ bis _____ | Kinderklinik |
| Angaben zum Kind Geburtsdatum: ____-____-____ Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich Einling / Anzahl Mehrlinge (Einling = 1) _ lfd. Nr. Mehrling _ errechneter Termin: ____-____-____ Geburtsgewicht: ____ g Gestationsalter: __ (vollendete Schwangerschaftswochen) | |
| Untersucher/-in: <input type="radio"/> Arzt / Ärztin Name: _____ <input type="radio"/> Psychologe/in Name: _____ <input type="radio"/> Therapeut/in Name: _____ Untersuchungsdatum: ____-____-____ Untersuchungsdatum: ____-____-____ Untersuchungsdatum: ____-____-____ wenn Abweichung vom Untersuchungsintervall über 6 Monate, bitte Grund angeben: _____ _____ | |

Anamnese (1)

A. Stationäre Aufnahmen

stationäre Aufnahmen in den letzten 5 Jahren Ja Nein
 wenn ja, wegen _____ wann? _____
 _____ wann? _____
 _____ wann? _____

B. ZNS / Hören / Sehen (s. Glossar)

Liquorshunt Ja Nein
 cerebrale Anfälle Ja Nein
 antikonvulsive Dauermedikation Ja Nein

deutliche Sehstörung (korr. Visus < 10%) Ja Nein wenn ja: einseitig beidseitig
 Blindheit (Visus < 2%) Ja Nein wenn ja: einseitig beidseitig
 hochgradige Hörstörung mit Hörgerät oder Cochleaimplantat Ja Nein wenn ja: einseitig beidseitig

C. Lunge (s. Glossar)

Arzt diagnose Asthma / spastische Bronchitis Ja Nein
 Sauerstoffbedarf Ja Nein
 Medikamente bei Atembeschwerden Ja Nein
 wenn ja, welche (z.B. Salbutamol, Budesonid)

_____ oral inhalativ Dauertherapie (über 2 Monate) bei Bedarf
 _____ oral inhalativ Dauertherapie (über 2 Monate) bei Bedarf

Anamnese (2)

A. Stationäre Aufnahmen

stationäre Aufnahmen in den letzten 5 Jahren Ja Nein
 wenn ja, wegen _____ wann? _____
 _____ wann? _____
 _____ wann? _____

B. ZNS / Hören / Sehen (s. Glossar)

Liquorshunt Ja Nein
 cerebrale Anfälle Ja Nein
 antikonvulsive Dauermedikation Ja Nein
 deutliche Sehstörung (korr. Visus < 10%) Ja Nein wenn ja: einseitig beidseitig
 Blindheit (Visus < 2%) Ja Nein wenn ja: einseitig beidseitig
 hochgradige Hörstörung mit Hörgerät oder Cochleaimplantat Ja Nein wenn ja: einseitig beidseitig

C. Lunge (s. Glossar)

Arzt Diagnose Asthma / spastische Bronchitis Ja Nein
 Sauerstoffbedarf Ja Nein
 Medikamente bei Atembeschwerden Ja Nein
 wenn ja, welche (z.B. Salbutamol, Budesonid)
 _____ oral inhalativ Dauertherapie (über 2 Monate) bei Bedarf
 _____ oral inhalativ Dauertherapie (über 2 Monate) bei Bedarf

Anamnese (3)

D. Ernährung (s. Glossar)

Ernährungsstörung mit button / PEG / Sonde Ja Nein

E. Hilfsmittel (s. Glossar)

Rollstuhl Ja Nein
 Orthesen Ja Nein
 andere Ja Nein wenn ja, welche: _____

F. weitere chronische Erkrankungen (s. Glossar)

infolge der Frühgeburtlichkeit: _____

unabhängig von der Frühgeburtlichkeit: _____

G. ADS / ADHS diagnostiziert Ja Nein Dauermedikation: _____
 H. Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert Ja Nein

Anamnese (4)

Therapien

zur Zeit laufend

- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Logopädie
- Legasthenie- / Dyskalkulie-Therapie
- andere: _____

länger als 6 Monate laufend

- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein

in der Vergangenheit durchgeführt

- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Logopädie
- Pädagogische Hausfrühförderung
- andere: _____

länger als 6 Monate gelaufen

- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein

Anamnese (5)

Schule

- a) Schuirückstellung Ja Nein
 b) Klassenwiederholung Ja Nein
 c) Welche Grundschule / Bildungseinrichtung hat Ihr Kind besucht bzw. besucht Ihr Kind?
 Regelgrundschule: Ja Nein
 Sonderpädagogischer Förderbedarf:

| Bereich | Förderschule | Integration / Inklusion |
|----------------------|-----------------------|-------------------------|
| geistige Entwicklung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lernen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sprache | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Motorik | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| emotional-sozial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hören | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tagesbildungsstätte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| andere | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- d) Schulbegleiter Ja Nein
 e) Welche weiterführende Schule besucht ihr Kind?

| Schule | Integration / Inklusion |
|--|-------------------------|
| <input type="radio"/> Gymnasium | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Gesamtschule | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Realschule | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Oberschule | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Hauptschule | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Förderschule | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> andere Schule _____ | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> noch keine weiterführende Schule | |

- f) Schullaufbahnpfehlung (bitte nur beantworten falls Kind noch keine weiterführende Schule besucht)
 Gymnasium Realschule Hauptschule noch nicht erfolgt

Soziologische Daten

Familienstand der Eltern Partnerschaft geändert seit Geburt Ja Nein

alleinerziehend

Mutter

Schulabschluss

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Schlüssel Schulabschluss:

① kein Abschluss ② Sonderschule ③ Hauptschule ④ Realschule ⑤ Abitur ⑥ Universität ⑦ unbekannt

Partner

gelernter Beruf

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

ausgeübter Beruf

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Schlüssel Beruf:

① im Haushalt tätig ② in Ausbildung, Studium ③ un-/angelernte Arbeiten, Aushilfstätigkeiten
 ④ Facharbeiter, einfacher Beamter, Angestellter ⑤ mittlerer/leitender Beamter & Angestellter, Selbständiger, Meister
 ⑥ Arbeit suchend ⑦ unbekannt

Staatsangehörigkeit

deutsch andere: _____

Staatsangehörigkeit

deutsch andere: _____

Geburtsland

Deutschland anderes: _____

Geburtsland

Deutschland anderes: _____

seit wann hauptsächlich in Deutschland lebend

seit Geburt seit _____ (Jahreszahl)

seit wann hauptsächlich in Deutschland lebend

seit Geburt seit _____ (Jahreszahl)

falls es sich bei den oben genannten Daten um Angaben einer Pflegefamilie handelt:

seit wie vielen Jahren lebt das Kind in der Pflegefamilie? __

Untersuchungsbefunde / geplante Maßnahmen

Untersuchungsbefunde (s. Glossar)

CP Ja Nein

wenn ja: bilaterale spastische Cerebralparese
 unilaterale spastische Cerebralparese (Hemiparese)
 dyskinetische Cerebralparese
 ataktische Cerebralparese

CP Grad nach GMFCS: ① ② ③ ④ ⑤

Klassifikation MACS: ① ② ③ ④ ⑤

wenn nein:

M-ABC-2: Handgeschicklichkeit PR __ Ballfertigkeit PR __ Balance PR __

Gesamtwert PR __

wenn M-ABC nicht durchführbar, bitte erläutern: _____

DCDQ-G: Gesamtwert __ / 75 (15-55 (bis 9, 11 Jahre) bzw. 15-57 (ab 10, 0 Jahre), V.a. UEMF)

Grobmotorik: unauffällig UEMF bzw. auffälliges UEMF-Screening motorisch auffällig bei Intelligenzminderung

Feinmotorik: unauffällig UEMF bzw. auffälliges UEMF-Screening motorisch auffällig bei Intelligenzminderung

Wachstumsparameter: Länge ___ cm Gewicht ___ kg KU ___ cm

Therapien empfohlen

Ergotherapie
 Physiotherapie
 Logopädie
 andere: _____