

GerOSS Datensatz

Ereignis: Intrauteriner Fruchttod (IUFT)

(keine Abruptiones $\geq 24 + 0$ SSW)

Ort*: _____ Name des Krankenhauses*: _____

Fallnummer*: _____ (z.B. 1/2016)

Aufnahmedatum*: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ) Uhrzeit*: ____ : ____ (HH:MM)

Schwangerschaftswoche* (z.B. 32 SSW + 3 Tage): ____ SSW + ____ Tage

Einverständniserklärung der Patientin liegt vor? (in Niedersachsen nicht erforderlich)*: Ja Nein

sonstige Angaben: _____

Angaben zur Schwangeren

1. Geburtsjahr der Schwangeren*: _____ (JJJJ) PLZ: _____ (die ersten 4 Stellen)

2. Herkunftsland Deutschland?*: Ja Nein Wenn Nein, anderes Land: ____ (Schlüssel 1201)

Schlüssel 1201:

- 1 = Mittel- und Nordeuropa, Nordamerika: A, CH, F, B, NL, L, GB, DK, S, N, FIN, USA
- 2 = Mittelmeerländer: ehemalige YU, GR, I, E, P, Israel, Malta, Zypern
- 3 = Osteuropa: ehemalige SU, PL, Tschechien, Slowakei, RO, BG, H
- 4 = Mittlerer Osten (inklusive TR, Afghanistan und Pakistan) und Nordafrika (arabische Länder)
- 5 = Asien (exklusive 4)
- 9 = sonstige Staaten

3. Schulabschluss der Schwangeren*: ____ (Schlüssel 1202)

Schlüssel 1202:

- 1 = Hauptschule | 2 = Realschule | 3 = Gymnasium bzw. deren ausländische Korrelate | 4 = Universitäts-, Hochschulabschluss | 5 = kein Schulabschluss | 9 = unbekannt

4. Familienstand*: alleinstehend verheiratet
 in fester Partnerschaft unbekannt

5. Berufstätigkeit während der jetzigen Schwangerschaft?*: Ja Nein

Wenn Ja, Tätigkeit der Mutter: ____ (Schlüssel 1203)

Schlüssel 1203:

- 1 = Hausfrau | 2 = in Ausbildung, Studium | 4 = un-/angelernte Arbeiterin, angelernte Aushilfskraft (z.B. Raumpflegerin) | 5 = Facharbeiterin (z.B. Bäckerin), einfache Beamtin (z.B. Briefträgerin), ausführende Angestellte (z.B. Schreibkraft), Kleingewerbebetreibende (z.B. Kioskpächterin) | 6 = mittlere bis leitende Beamtin und Angestellte, Selbstständige mit mittlerem und größerem Betrieb, freie Berufe (z.B. Rechtsanwältin, Ärztin), Meisterin | 9 = unbekannt

6. Versicherungsstatus*:

gesetzlich krankenversichert privat krankenversichert anders versichert (z.B. Sozialamt)

7. Liegt der Mutterpass vor?*: Ja Nein

8. Körpergröße*: ____ cm

Datensatz-
schlüssel

Aufnahme / Ein-
verständniserklärung

Angaben zur Schwangeren

2. Anzahl vorausgegangener Mehrlingsschwangerschaften*: ___

Lebendgeburten: ___ Totgeburten \geq 24 SSW: ___ Aborte 12 bis < 24 SSW: ___

Aborte < 12 SSW: ___ Abruptiones: ___

Fehlbildungen in früheren Schwangerschaften?: Ja Nein Unbekannt

Ursache bekannt?: Ja Nein

Wenn Ja, welche?: _____

Z.n. monochorialen Zwillingen mit FTTS?: Ja Nein Unbekannt

3. Wie viele Kinder hat die Frau lebend geboren?*: ___ (nur Lebendgeborene aus vorherigen Schwangerschaften)

4. Kind 1 (nur Lebendgeborene aus vorherigen Schwangerschaften):

Geburtsgewicht*: _____ g SSW*: ___ Geburtsjahr*: _____ (JJJJ)

Komplikationen bei der oben genannten Schwangerschaft?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: Gestationsdiabetes Ja Nein

Präeklampsie Ja Nein

HELLP Ja Nein

Thrombophilie Ja Nein

sonstige Komplikationen Ja Nein

Wenn Ja: 1. Komplikation _____ ICD 10

2. Komplikation _____ ICD 10

Zusätzliche Erläuterungen zu der oben genannten Schwangerschaft: _____

Kind 2 (nur Lebendgeborene aus vorherigen Schwangerschaften):

Geburtsgewicht*: _____ g SSW*: ___ Geburtsjahr*: _____ (JJJJ)

Komplikationen bei der oben genannten Schwangerschaft?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: Gestationsdiabetes Ja Nein

Präeklampsie Ja Nein

HELLP Ja Nein

Thrombophilie Ja Nein

sonstige Komplikationen Ja Nein

Wenn Ja: 1. Komplikation _____ ICD 10

2. Komplikation _____ ICD 10

Zusätzliche Erläuterungen zu der oben genannten Schwangerschaft: _____

Kind 3 (nur Lebendgeborene aus vorherigen Schwangerschaften):

Geburtsgewicht*: _____ g SSW*: ____ Geburtsjahr*: _____ (JJJJ)

Komplikationen bei der oben genannten Schwangerschaft?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: Gestationsdiabetes Ja Nein

Präeklampsie Ja Nein

HELLP Ja Nein

Thrombophilie Ja Nein

sonstige Komplikationen Ja Nein

Wenn Ja: 1. Komplikation _____ ICD 10

2. Komplikation _____ ICD 10

Zusätzliche Erläuterungen zu der oben genannten Schwangerschaft: _____

Kind 4 (nur Lebendgeborene aus vorherigen Schwangerschaften):

Geburtsgewicht*: _____ g SSW*: ____ Geburtsjahr*: _____ (JJJJ)

Komplikationen bei der oben genannten Schwangerschaft?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: Gestationsdiabetes Ja Nein

Präeklampsie Ja Nein

HELLP Ja Nein

Thrombophilie Ja Nein

sonstige Komplikationen Ja Nein

Wenn Ja: 1. Komplikation _____ ICD 10

2. Komplikation _____ ICD 10

Zusätzliche Erläuterungen zu der oben genannten Schwangerschaft: _____

5. Wie viele intrauterine Fruchttode oder Spätabruptiones (> 13 SSW) hatte die Frau vor dem jetzigen Ereignis?

__ __ Anzahl

6. Kind 1 (nur vorherige IUFT oder Spätabbruptiones (> 13 SSW)):

Geburtsgewicht*: _____ g SSW*: ____ Geburtsjahr*: _____ (JJJJ)

Komplikationen bei der oben genannten Schwangerschaft?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: Gestationsdiabetes Ja Nein

Präeklampsie Ja Nein

HELLP Ja Nein

Thrombophilie Ja Nein

sonstige Komplikationen Ja Nein

Wenn Ja: 1. Komplikation _____ ICD 10

2. Komplikation _____ ICD 10

Ursache des vorausgegangenen IUFT bekannt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, Ursache: _____

Kind 2 (nur vorherige IUFT oder Spätabbruptiones (> 13 SSW)):

Geburtsgewicht*: _____ g SSW*: ____ Geburtsjahr*: _____ (JJJJ)

Komplikationen bei der oben genannten Schwangerschaft?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: Gestationsdiabetes Ja Nein

Präeklampsie Ja Nein

HELLP Ja Nein

Thrombophilie Ja Nein

sonstige Komplikationen Ja Nein

Wenn Ja: 1. Komplikation _____ ICD 10

2. Komplikation _____ ICD 10

Ursache des vorausgegangenen IUFT bekannt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, Ursache: _____

7. Allgemeine behandlungsbedürftige Erkrankung(en) der Schwangeren?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: 1. Erkrankung _____ ICD 10 seit _____ (JJJJ)

2. Erkrankung _____ ICD 10 seit _____ (JJJJ)

3. Erkrankung _____ ICD 10 seit _____ (JJJJ)

4. Erkrankung _____ ICD 10 seit _____ (JJJJ)

5. Erkrankung _____ ICD 10 seit _____ (JJJJ)

Zusätzliche Erläuterungen zu Erkrankungen: _____

Jetzige Schwangerschaft und Angaben aus dem Mutterpass

1. Errechneter Termin (nach letzter Periode)*: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Schwangerschaftsalter nach Ultraschall < 14. SSW korrigiert?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, korrigierter errechneter Termin: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

2. Mehrlingsschwangerschaft?*: Ja Nein Wenn Ja, Anzahl Feten: ____

Art der Mehrlingsschwangerschaft: monochorial, monoamniotisch monochorial, diamniotisch

dichorial, diamniotisch trichorial, diamniotisch

trichorial, triamniotisch

3. Falls Mehrlingsschwangerschaft, IUFT bei: einem Feten beiden Feten drei Feten

4. Komplikationen / Risiken in dieser Schwangerschaft?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: 1. Schwangerschaftsrisiko _____ ICD 10

2. Schwangerschaftsrisiko _____ ICD 10

3. Schwangerschaftsrisiko _____ ICD 10

4. Schwangerschaftsrisiko _____ ICD 10

5. Schwangerschaftsrisiko _____ ICD 10

Zusätzliche Erläuterungen : _____

5. Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen*: ____ Unbekannt

durch: Niedergelassene/-n, Anzahl: ____ Hebamme, Anzahl: ____ Klinik, Anzahl: ____

6. Schwangerschaft nach Assisted Reproductive Techniques (ART)?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, durch: _____

7. Blutdruck

Liegen Blutdruckwerte aus der Schwangerschaft vor?*: Ja Nein

Wenn Ja: Blutdruck bei Erstuntersuchung (systolisch / diastolisch): ____ / ____ mmHg

gemessen in SSW: ____ + __ Tage

höchster Blutdruck (systolisch / diastolisch): ____ / ____ mmHg

gemessen in SSW: ____ + __ Tage

8. Proteinurie in der Schwangerschaft

Liegen Proteinuriewerte aus der Schwangerschaft vor?*: Ja Nein

Wenn Ja: + ++ +++ ++++

9. Blutzucker

Liegen Blutzuckerwerte aus der Schwangerschaft vor?*: Ja Nein

Wenn Ja: höchster Nüchternblutzuckerwert: _____ mg/dl gemessen in SSW: ____ + __ Tage

Wert des 50g GCT: _____ mg/dl

Wert des 75g oGTT: nüchtern: ____ mg/dl nach 1 Stunde: ____ mg/dl nach 2 Stunden: ____ mg/dl

10. Wurde eine Thrombophilie-Diagnostik durchgeführt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: Faktor V Leiden Protein C Protein S MTHFR-Mutation
 Lipoprotein A andere

11. Mütterliche Blutgruppe laut Mutterpass*: _____ Unbekannt

12. Antikörper Suchtest bestimmt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: negativ positiv, Titer: _____ Datum: ____ . ____ . _____ (TT.MM.JJJJ)

13. Nachweis über zwei erfolgte Röteln Impfungen liegt vor?*: Ja Nein Unbekannt

14. Röteln-Antikörpertest liegt vor?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: negativ positiv, Titer: _____ bzw. IE/ml _____, Datum: ____ . ____ . _____ (TT.MM.JJJJ)

Immunität anzunehmen?: Ja Nein

15. Wurde Chlamydia-Trachomatis-DNA aus einer Urinprobe bestimmt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: negativ positiv Datum: ____ . ____ . _____ (TT.MM.JJJJ)

16. Wurde ein LSR-Test durchgeführt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, Datum: ____ . ____ . _____ (TT.MM.JJJJ)

17. Wurde eine Antikörper Suchtest-Kontrolle durchgeführt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: negativ positiv, Titer: _____ Datum: ____ . ____ . _____ (TT.MM.JJJJ)

18. Wurde HBs-Antigen (Hepatitis B) aus dem Serum bestimmt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: negativ positiv, Datum: ____ . ____ . _____ (TT.MM.JJJJ)

19. Wurde ein zweiter Antikörper-Suchtest durchgeführt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, Datum: ____ . ____ . _____ (TT.MM.JJJJ)

20. Wurde eine Anti-D-Prophylaxe (28. – 30. SSW) durchgeführt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

21. Laborwerte in der Schwangerschaft (vor Aufnahme) vorhanden?*: Ja Nein

Wenn Ja, letzter auffälliger Wert vor Feststellung des IUFT:

Kleines Blutbild auffällig?*: Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: Leukozyten Wert: ____, __ Tsd/ μ l Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Erythrozyten Wert: ____, __ Mio/ μ l Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Hämoglobin Wert: ____, __ g/dl Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Hämatokrit Wert: ____, __ % Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Thrombozyten Wert: ____ Tsd/ μ l Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Gerinnung auffällig?*: Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: Quick Wert: ____ % Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

INR Wert: __, __ Ratio Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

PTT Wert: __, __ sec Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Fibrinogen Wert: ____ mg/dl Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

D-Dimere Wert: ____, __ ng/ml Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Elektrolyte auffällig?*: Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: Natrium Wert: ____ mmol/l Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Kalium Wert: __, __ mmol/l Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Calcium Wert: ____, __ mmol/l Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Chlorid Wert: ____ mmol/l Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Nierenwerte auffällig?*: Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: Harnstoff Wert: ____ mg/dl Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Kreatinin Wert: __, __ mg/dl Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Harnsäure Wert: __, __ mg/dl Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Leberwerte auffällig?*: Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: GOT (AST) Wert: ____ U/l Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

GPT (ALT) Wert: ____ U/l Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

AP Wert: ____ U/l Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Gamma-GT Wert: ____ U/l Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Glukosewerte auffällig?*: Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: BZ Wert: ____ mg/dl Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

HbA1 Wert: ____, __ % Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

CRP auffällig?*: Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: Wert: __, __ mg/dl Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Fortsetzung Laborwerte in der Schwangerschaft (vor Aufnahme)

Haptoglobin auffällig?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja:	Wert: __, __ g/l	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
LDH auffällig?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja:	Wert: ____ U/l	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
Schilddrüsenfunktion auffällig?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja: TSH	Wert: __, __ mU/l	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
FT3	Wert: __, __ pg/ml	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
FT4	Wert: __, __ ng/ml	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
Kindliche Blutgruppe bestimmt?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja:	Blutgruppe: _____	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
Blutgruppeninkompatibilität?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja, welcher AK?:	1. Titer: _____	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
	2. Titer: _____	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
TORCH bestimmt?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja: Toxoplasmose	Wert: _____	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
Listeriose	Wert: _____	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
Röteln	Titer: _____	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
Cytomegalie	Wert: _____	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
Herpes simplex	Wert: _____	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)	
Sonstige:	_____		
Bei Verdacht auf maternale Infektion			
Blutkultur durchgeführt?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja: Keim _____	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)		
Urinkultur durchgeführt?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja: Keim _____	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)		
Bakteriologischer Zervixabstrich durchgeführt?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja: Keim _____	Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)		
sonstige Keimnachweise:	_____		
Auto-AK bestimmt?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja, welcher?:	_____		
Elternblut zur Karyotypisierung untersucht?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja, Ergebnis:	_____		
Sonstiges:	_____		

22. Sonographie

Biometrie durchgeführt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, 1. US-Untersuchung in der Schwangerschaft: Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Scheitel-Steiß-Länge: ____ mm

Letzte US-Untersuchung vor IUFT: Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

Geschätztes fetales Gewicht*: ____ g

Intervall letzte Untersuchung bis Diagnose IUFT*: ____ Tage + ____ Stunden unvollendeter Tage

Fruchtwasser auffällig?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja: Polyhydramnion Oligohydramnion

Fetofetales Transfusionssyndrom (FFTS)?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, therapiert?: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, welche Maßnahmen?: _____

Fetale Anomalien?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, bitte präzisieren: _____

Plazentamorphologie sonografisch auffällig?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, bitte präzisieren: _____

Ersttrimesterscreening auf Chromosomenstörungen durchgeführt?*: Ja Nein Unbekannt

23. Doppler-Indices (letzter vor IUFT)

Doppler-US durchgeführt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, welche Gefäße?

Aa. umbilicales*:

Wenn Ja, Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ) PI: ____, ____, RI: ____, ____

enddiastolischer Fluss: positiv Null negativ

A. cerebri media*:

Wenn Ja, Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ) PI: ____, ____, RI: ____, ____

V_{max} : ____, ____, cm/s

Aa. uterinae*:

Wenn Ja, Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

<u>rechts</u>	<u>links</u>
PI: ____, ____	PI: ____, ____
RI: ____, ____	RI: ____, ____
Notch: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Notch: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Ductus Venosus?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt			
Wenn Ja, Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)			
a-Welle: <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> Null <input type="radio"/> negativ			
PVIV: _____			
PIV: _____			Aufnahmestatus
Plazentalokalisation?*: <input type="radio"/> Vorderwand <input type="radio"/> Hinterwand <input type="radio"/> Fundus			
<input type="radio"/> Seitenwand rechts <input type="radio"/> Seitenwand links <input type="radio"/> nicht bestimmt			
<input type="radio"/> tiefer Sitz <input type="radio"/> Placenta praevia			
24. Stationärer Aufenthalt in der Schwangerschaft?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt			
Wenn Ja, Anzahl Tage: __ __ __, Indikation: _____ ICD 10			
<u>Aufnahmestatus</u>			
1. Aufnahme durch*: <input type="radio"/> Facharzt Geburtshilfe <input type="radio"/> Arzt in Weiterbildung			
2. Aufnahmediagnosen:			
1. Aufnahmediagnose*: _____ ICD 10			
2. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10			
3. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10			
4. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10			
3. MM-Weite bei Aufnahme: __ __ cm Bishop-Score: __ __ (Zahl 1-13)			
4. Therapeutische Maßnahmen bei Aufnahme:			

5. Präpartal bekannte genetische Befunde erhoben?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt			
Wenn Ja, Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)			
durchgeführte Untersuchung: _____			
Befund: _____			

6. Laborwerte bei Aufnahme bestimmt?* Ja Nein

Wenn Ja, letzter auffälliger Wert vor Feststellung des IUFT

Kleines Blutbild auffällig?*

 Ja Nein Nicht bestimmtWenn Ja: Leukozyten Wert: __ __ , __ __ Tsd/ μ lErythrozyten Wert: __ __ , __ __ Mio/ μ l

Hämoglobin Wert: __ __ , __ __ g/dl

Hämatokrit Wert: __ __ __ , __ %

Thrombozyten Wert: __ __ __ Tsd/ μ l

Gerinnung auffällig?*

 Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: Quick Wert: __ __ __ %

INR Wert: __ , __ __ Ratio

PTT Wert: __ , __ __ sec

Fibrinogen Wert: __ __ __ mg/dl

D-Dimere Wert: __ __ __ , __ __ ng/ml

Elektrolyte auffällig?*

 Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: Natrium Wert: __ __ __ mmol/l

Kalium Wert: __ , __ mmol/l

Calcium Wert: __ , __ __ mmol/l

Chlorid Wert: __ __ __ mmol/l

Nierenwerte auffällig?*

 Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: Harnstoff Wert: __ __ mg/dl

Kreatinin Wert: __ , __ __ mg/dl

Harnsäure Wert: __ , __ __ mg/dl

Leberwerte auffällig?*

 Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: GOT (AST) Wert: __ __ __ U/l

GPT (ALT) Wert: __ __ __ U/l

AP Wert: __ __ __ U/l

Gamma-GT Wert: __ __ __ U/l

Glukosewerte auffällig?*

 Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: BZ Wert: __ __ __ mg/dl

HbA1 Wert: __ __ , __ %

CRP auffällig?*

 Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: Wert: __ , __ __ mg/dl

Haptoglobin auffällig?*

 Ja Nein Nicht bestimmt

Wenn Ja: Wert: __ , __ g/l

LDH auffällig?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja:	Wert: _____ U/l		
Schilddrüsenfunktion auffällig?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja: TSH	Wert: _____, _____ mU/l		
FT3	Wert: _____, _____ pg/ml		
FT4	Wert: _____, _____ ng/ml		
Kindliche Blutgruppe bestimmt?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja:	Blutgruppe: _____		
Blutgruppeninkompatibilität?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja, welcher AK?:	1. Titer: _____	2. Titer: _____	
TORCH bestimmt?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja: Toxoplasmose	Wert: _____		
Listeriose	Wert: _____		
Röteln	Titer: _____		
Cytomegalie	Wert: _____		
Herpes simplex	Wert: _____		
Sonstiges:	_____		
Bakteriologischer Zervixabstrich durchgeführt?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht durchgeführt
Wenn Ja, Keim:	_____		
Sonstiges:	_____		
Auto-AK bestimmt?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bestimmt
Wenn Ja, welcher?:	_____		
Elternblut zur Karyotypisierung untersucht?*	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht untersucht
Wenn Ja, Ergebnis:	_____		
Sonstiges:	_____		
7. Feststellung des IUFT			
Datum*: _____ . _____ . _____ (TT.MM.JJJJ)	Uhrzeit*: _____ : _____ (HH:MM)	<input type="radio"/> Unbekannt	
Schwangerschaftswoche (z.B. 32 SSW + 3 Tage): _____ SSW + _____ Tage			
Geschlecht*:	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> unklar
Gewicht (ggf. Schätzwicht): _____ g	Größe: _____ cm		

Geburt:1. Geburtseinleitung?*: Ja Nein

Wenn Ja, Datum*: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ) Uhrzeit*: ____ : ____ (HH:MM)

1. Indikation*: _____ ICD 10

2. Indikation: _____ ICD 10

3. Indikation: _____ ICD 10

2. Bishop Score: ____ (Zahl 1-13)

3. Prostaglandin*: Ja NeinWenn Ja, Darreichung: Vaginal Gel, PEG 1 und 2 Prostaglandin oral Vaginal Tablette, PEG 1 und 2 Prostaglandin i.v.

1. Dosis: ____ mg

1. Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

1. Uhrzeit: ____ : ____ (HH:MM)

Weitere Prostaglandingabe(n)*:

Darreichung: Vaginal Gel, PEG 1 und 2 Prostaglandin oral Vaginal Tablette, PEG 1 und 2 Prostaglandin i.v.

2. Dosis: ____ mg

2. Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

2. Uhrzeit: ____ : ____ (HH:MM)

Darreichung: Vaginal Gel, PEG 1 und 2 Prostaglandin oral Vaginal Tablette, PEG 1 und 2 Prostaglandin i.v.

3. Dosis: ____ mg

3. Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

3. Uhrzeit: ____ : ____ (HH:MM)

Darreichung: Vaginal Gel, PEG 1 und 2 Prostaglandin oral Vaginal Tablette, PEG 1 und 2 Prostaglandin i.v.

4. Dosis: ____ mg

4. Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ)

4. Uhrzeit: ____ : ____ (HH:MM)

4. Zusätzliche Erläuterungen: _____

5. Wehen?*: Ja Nein

Wenn Ja, Beginn regelmäßiger Wehen: Datum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJJ) Uhrzeit: ____ : ____ (HH:MM)

maximale Frequenz innerhalb von 10 Minuten: _____

6. Oxytocin-Gabe?*: Ja Nein

Wenn Ja, Dauer ____ : ____ (HH:MM)

7. Entbindungsmodus*:

Spontan Beckenendlage Extraktion Forzeps Forzeps- rotierend Vakuum

Primäre Sectio Sekundäre Sectio Notsectio

Fetale Auffälligkeiten bei Geburt? (z.B. Fehlbildungen, Nabelschnurknoten)*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, welche?: _____

Postmortale Untersuchung

1. Plazenta

Plazentagewicht bekannt?*: Gewicht: _____ g Unbekannt

Makroskopische Auffälligkeiten?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, welche?: Blutkoagel / Hämatome Thromben / Infarkte auffällige Verfärbungen

Sonstige: _____

Plazentahistologie durchgeführt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Nein, Grund?: _____

Mikroskopische Auffälligkeiten?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, welche?: Zottenreifungsstörung Thromben / Infarkte Entzündung Angiopathien

Sonstige: _____

2. Makro-/ Mikroskopische Auffälligkeiten der Nabelschnur?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, welche?: Kompression Anomale Insertion

singuläre NS-Arterie Entzündung

echter Nabelschnurknoten

Sonstige: _____

3. Fetale Obduktion

Neonatale Obduktion durchgeführt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Nein, Grund: _____

Makroskopische Auffälligkeiten?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, bitte präzisieren: _____

Mikroskopische Auffälligkeiten?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, bitte präzisieren: Organmalformationen Organfunktionsstörungen

ZNS Anomalien

Sonstige: _____

4. Karyotypisierung aus Neonatalgewebe bzw. Plazenta durchgeführt?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, bitte präzisieren: _____

5. Röntgenuntersuchung des kindlichen Skelettsystems?*: Ja Nein Unbekannt

Wenn Ja, Befund: _____

6. Weitere Untersuchungen

Fachbereich: _____

Art der Untersuchung: _____

Befund: _____

Fachbereich: _____

Art der Untersuchung: _____

Befund: _____

Zusammenfassung

Todesursache ermittelt?*: Ja Nein

Wenn Ja, wahrscheinlichste Diagnose eingeben: _____

Hatte der fetale Tod eine **plazentare** Ursache?*: Ja Nein

- Wenn Ja: akute Plazentainsuffizienz
 chronische Plazentainsuffizienz
 IUGR SGA LGA
 Infarktplazenta
 vorzeitige Ablösung
 Infektion: _____
 Nabelschnurkomplikation: _____
 Sonstige: _____

Hatte der fetale Tod eine **fetale** Ursache?*: Ja Nein

- Wenn Ja: Feto-maternale Transfusion
 Chromosomale Aberration: _____
 Organfehlbildung / -funktionsstörung: _____
 Infektion: _____
 Sonstige: _____

Hatte der fetale Tod eine **maternale** Ursache?*: Ja Nein

- Wenn Ja: Uterusruptur
 Uterusanomalie
 vorzeitiger Blasensprung
 Diabetes mellitus
 präexistente hypertensive Erkrankung
 SIH
 Präeklampsie
 Eklampsie
 HELLP
 Lebererkrankung
 Infektion: _____
 Sonstige: _____