

GerOSS Datensatz

Ereignis: Eklampsie

Ort: _____ Name des Krankenhauses: _____

Fallnummer: _____ (z.B. 1/2010)

**Datensatz-
schlüssel**

Aufnahme

Datum: ____ . ____ . ____ tt.mm.jjjj

Uhrzeit ____ . ____ Std/Min

Einverständniserklärung

Unterschiedene Einverständniserklärung der Patientin liegt vor (in Niedersachsen nicht erforderlich)*:

Ja Nein

Sonstige Angaben: _____

**Aufnahme/
Einverständniserklärung**

Angaben zur Schwangeren:

1 Geburtsjahr*: _____ (JJJJ)

2 PLZ: _____ (die ersten 4 Stellen)

3 Hat die Schwangere einen Migrationshintergrund?*

Ja Nein unbekannt

Wenn ja, in welchem Ausmaß hat der Migrationshintergrund den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt beeinflusst?

gar nicht kaum teilweise stark entscheidend nicht beurteilbar

4 Hat das soziale Umfeld den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt beeinflusst?*

Ja Nein unbekannt

Wenn ja, in welchem Ausmaß?

gar nicht kaum teilweise stark entscheidend nicht beurteilbar

Angaben zur Schwangeren

5 Hat der Bildungsgrad den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt beeinflusst?*

- Ja Nein unbekannt

Wenn ja, in welchem Ausmaß?

- gar nicht kaum teilweise stark entscheidend nicht beurteilbar

6 Zusätzliche Erläuterungen: -----

7 Ehestand*:

- alleinstehend verheiratet in fester Partnerschaft

8 Versicherungsstatus*:

- gesetzlich krankenversichert anders versichert

9 Körpergröße bei der Erstuntersuchung (cm)*: ___

10 Gewicht bei Erstuntersuchung (kg)*: __, __

11 Blutdruck:

Blutdruck bei Erstuntersuchung (systolisch): ___ mm/Hg

Blutdruck bei Erstuntersuchung (diastolisch): ___ mm/Hg

12. Blutzucker nüchtern (mg/dl): _____

13 Hat die Schwangere jemals geraucht oder raucht sie derzeit?*

- Ja Nein

Wenn ja,

Wann?*: vor Schwangerschaft aufgehört während Schwangerschaft aufgehört raucht derzeit

Wie viele Zigaretten zuletzt pro Tag?*: __

Besteht eine klinisch relevante Abhängigkeit?*: Ja Nein

1 Anzahl ausgetragene Schwangerschaften < 24 Wochen*: __

2 Schwangerschaften >= 24 Wochen*: Ja Nein

Anzahl ausgetragene Schwangerschaften >= 24 Wochen*: __

Geburtsdatum des 1. Kindes >= 24 Wochen*: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 1. Kindes >= 24 Wochen:

- Spontan Forzeps- rotierend Notsectio
 Vakuum Primäre Sectio Beckenendlage Extraktion
 Forzeps Sekundäre Sectio

Geburtsdatum des 2. Kindes >= 24 Wochen*: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 2. Kindes >= 24 Wochen:

- Spontan Forzeps- rotierend Notsectio
 Vakuum Primäre Sectio Beckenendlage Extraktion
 Forzeps Sekundäre Sectio

Geburtsdatum des 3. Kindes >= 24 Wochen*: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 3. Kindes >= 24 Wochen:

- Spontan Forzeps- rotierend Notsectio
 Vakuum Primäre Sectio Beckenendlage Extraktion
 Forzeps Sekundäre Sectio

Geburtsdatum des 4. Kindes >= 24 Wochen*: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 4. Kindes >= 24 Wochen:

- Spontan Forzeps- rotierend Notsectio
 Vakuum Primäre Sectio Beckenendlage Extraktion
 Forzeps Sekundäre Sectio

Geburtsdatum des 5. Kindes >= 24 Wochen*: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 5. Kindes >= 24 Wochen:

- Spontan Forzeps- rotierend Notsectio
 Vakuum Primäre Sectio Beckenendlage Extraktion
 Forzeps Sekundäre Sectio

Geburtsdatum des 6. Kindes >= 24 Wochen*: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 6. Kindes >= 24 Wochen:

- Spontan Forzeps- rotierend Notsectio
 Vakuum Primäre Sectio Beckenendlage Extraktion
 Forzeps Sekundäre Sectio

Geburtsdatum des 7. Kindes >= 24 Wochen*: __. __. ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 7. Kindes >= 24 Wochen:

- Spontan Forzeps- rotierend Notsectio
 Vakuum Primäre Sectio Beckenendlage Extraktion
 Forzeps Sekundäre Sectio

Geburtsdatum des 8. Kindes \geq 24 Wochen*: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 8. Kindes \geq 24 Wochen:

- Spontan Forzeps- rotierend Notsectio
 Vakuum Primäre Sectio Beckenendlage Extraktion
 Forzeps Sekundäre Sectio

Geburtsdatum des 8. Kindes \geq 24 Wochen*: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 8. Kindes \geq 24 Wochen:

- Spontan Forzeps- rotierend Notsectio
 Vakuum Primäre Sectio Beckenendlage Extraktion
 Forzeps Sekundäre Sectio

Geburtsdatum des 9. Kindes \geq 24 Wochen*: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 9. Kindes \geq 24 Wochen:

- Spontan Forzeps- rotierend Notsectio
 Vakuum Primäre Sectio Beckenendlage Extraktion
 Forzeps Sekundäre Sectio

3 Komplikationen bei vorausgegangenen Schwangerschaften?*

- Ja Nein

Wenn ja:

1. Komplikation* _____ ICD 10
2. Komplikation _____ ICD 10
3. Komplikation _____ ICD 10
4. Komplikation _____ ICD 10
5. Komplikation _____ ICD 10

Zusätzliche Erläuterungen zu vorhergehenden Schwangerschaften: _____

4 Vorausgegangene Präeklampsie? Ja Nein

Wenn ja: Woche*: ____

5 Eklampsie in der Anamnese? Ja Nein

6 Vorausgegangene Erkrankungen?*: Ja Nein

Wenn ja, welche?

- 1. vorhergehende Erkrankung* _____ ICD 10
- 2. vorhergehende Erkrankung _____ ICD 10
- 3. vorhergehende Erkrankung _____ ICD 10
- 4. vorhergehende Erkrankung _____ ICD 10
- 5. vorhergehende Erkrankung _____ ICD 10

Zusätzliche Erläuterungen (z.B. Nierenerkrankungen, hoher Blutdruck in der Vorgeschichte, Kinder von verschiedenen Vätern): _____

Jetzige Schwangerschaft:

- 1 Errechneter Termin*: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)
- 2 Schwangerschaftsalter nach Ultraschall korrigiert?*: Ja Nein
- 3 Mehrlingsschwangerschaft*: Ja Nein
Anzahl Feten*: __
- Art der Mehrlingsschwangerschaft
 - monochorial, monoamniotisch
 - monochorial, diamniotisch
 - dichorial, diamniotisch

4 Komplikationen/ Risiken in der Schwangerschaft?*: Ja Nein

- 1. Schwangerschaftsrisiko* _____ ICD 10
- 2. Schwangerschaftsrisiko _____ ICD 10
- 3. Schwangerschaftsrisiko _____ ICD 10
- 4. Schwangerschaftsrisiko _____ ICD 10
- 5. Schwangerschaftsrisiko _____ ICD 10

Zusätzliche Erläuterungen : _____

5 Wurde die Schwangere bereits in der Frauenklinik behandelt?*: Ja Nein

Stationärer Aufenthalt (Tage)*: __

Jetzige Schwangerschaft

Jetzige Schwangerschaft

6 Wurde ein 1. oder 2. Trimesterscreening für Präeklampsie (11+0 - 13+6 SSW) durchgeführt?*

Ja Nein

6.1 Gewicht der Schwangeren zum Untersuchungszeitpunkt (kg): ____

6.2 Ist eine Dopplersonografie erfolgt?* Ja Nein

6.3 Aa. uterinae beidseits PI und RI*: Ja Nein

6.4 Oberhalb der 90. Perzentile: Ja Nein

6.5 Wurde eine Serumchemie durchgeführt?*: Ja Nein

6.6 Freies β -HCG (in Tausend) IU/l: ____

6.7 PAPP-A (MoM): _____

6.8 sFlt-1/PIGF-Quotient: _____

6.9 Zusätzliche Erläuterungen : _____

7 Präeklampsie in der Schwangerschaft diagnostiziert? Ja Nein

Datum*: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)

8 Antihypertensive Behandlung*: Ja Nein

Anzahl Therapien (maximal 3)*: ____

Angaben zu den antihypertensiven Therapien:

1. Therapie*: _____ Behandlungsbeginn*: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)

Sonstige Angaben: _____

2. Therapie*: _____ Behandlungsbeginn*: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)

Sonstige Angaben: _____

3. Therapie*: _____ Behandlungsbeginn*: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)

Sonstige Angaben: _____

9 Weitere Therapien

Magnesiumsulfat*: Ja Nein Therapiebeginn*: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)

Sonstige Therapie*: Ja Nein

Welche*: _____

Behandlungsbeginn*: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)

Sonstige Angaben: _____

10 Zeichen direkt vor der eklamtischen Episode:

10.1 Blutdruck in der Woche vorher:

Wert verfügbar? Ja Nein

Maximaler diastolischer Wert (mm/Hg)*: ____

Maximaler systolischer Wert (mm/Hg)*: ____

Datum*: ____ . ____ . ____

10.2 Proteinurie in der Woche vorher:

Maximaler Wert aus Stick Test bestimmt?*: Ja Nein

Wert: ____

Datum: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)

Wert pro 24 Std bestimmt?*

Wert in g/ 24 Sdt.*: ____

Datum: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)

10.3 Prodromale Symptome direkt vor Eklampsieperiode:

Prodromale Symptome*: Ja Nein

Augenflimmern*: Ja

Uhrzeit ____ . ____ Std/Min

Kopfschmerz*: Ja

Uhrzeit ____ . ____ Std/Min

Epigastrische Schmerzen*: Ja

Uhrzeit ____ . ____ Std/Min

Verbreitete Reflexzonen*: Ja Nein

Uhrzeit ____ . ____ Std/Min

Gesteigerte Reflexerregbarkeit*: Ja Nein

Uhrzeit ____ . ____ Std/Min

11 Diagnose der Eklampsie:

Datum des ersten Anfalls*: ____ . ____ . ____ (tt.mm.jjjj)

Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)

Dauer des Anfalls (Minuten): _____

Bewußtseinsverlust: ja

fokale Anfälle: ja

generalisierte Anfälle: ja

Bestand Atemstillstand?: ja

11.1 Blutdruck in der Woche vorher

Wert verfügbar? Ja Nein

Maximaler diastolischer Wert (mm/Hg)*: _____

Maximaler systolischer Wert (mm/Hg)*: _____

Datum*: ____ . ____ . ____

11.2 Proteinurie in der Woche vorher

Maximaler Wert aus Stick Test bestimmt?*: Ja Nein

Wert*: _____

Zeitpunkt relativ zur Entbindung*: ante partum intra partum post partum

Ort*: stationär ambulant zu Hause

Zusätzliche Erläuterungen (nach Möglichkeit zeitliche Abfolge von Ereignissen / Maßnahmen beschreiben):

Aufnahmestatus:

1 Aufnahme durch*: Facharzt Geburtshilfe Arzt in Weiterbildung Anästhesist

2 Aufnahmediagnosen

1. Aufnahmediagnose*: _____ ICD 10

2. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10

3. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10

4. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10

3 MM-Befund bei Aufnahme (cm): _____

4 Therapeutische Maßnahmen bei Aufnahme: _____

5 Maximaler Wert aus Stick Test bestimmt?*: Ja Nein

Wert*: _____

<p>6 Wert in g/ 24 Std. bestimmt?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wert in g/ 24 Std.*: _____</p> <p>Max. systolischer Blutdruckwert (mm/Hg)*: _____</p> <p>Max. diastolischer Blutdruckwert (mm/Hg)*: _____</p>	Eklamptische Episode
<p>7 Niedrigste Thrombozytenzahl (in 1000): _____</p> <p>8 Max. Plasma Aspartat Aminotransferase (AST) Wert in U/Liter: _____</p> <p>9 Max. Plasma Alanine Aminotransferase (ALT) Wert in U/Liter: _____</p> <p>10 Zusätzliche Erläuterungen (nach Möglichkeit zeitliche Abfolge von Ereignissen / Maßnahmen beschreiben):</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	
<p><u>Eklamptische Episode:</u></p> <p>1 Krämpfe?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Anzahl*: ____</p> <p>2 Therapeutische Maßnahmen:</p> <p>Magnesium Sulfat gegen Krämpfe?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Vorher*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Nachher*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Andere krampflösende Mittel?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wirkstoff*: _____</p> <p>Blutdrucksenker nach der Episode?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wirkstoff*: _____</p> <p>Zusätzliche Erläuterungen (nach Möglichkeit zeitliche Abfolge von Ereignissen/Maßnahmen beschreiben):</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	
<p>1 Geburtseinleitung?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj</p> <p>Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)</p> <p>1. Indikation*: _____ ICD 10</p> <p>2. Indikation*: _____ ICD 10</p> <p>3. Indikation*: _____ ICD 10</p> <p>2 Wehen*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj</p> <p>Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)</p>	Geburt

3 Operative Entbindung?*: Ja Nein

Indikation*: _____ ICD 10

diagnostiziert von* Facharzt Geburtshilfe Arzt in Weiterbildung Anästhesist

operativer Entbindungsmodus:

Spontan Beckenendlage Extraktion

Vakuum Primäre Sectio

Forzeps Sekundäre Sectio

Forzeps- rotierend Notsectio

Operateur*: Facharzt Geburtshilfe Arzt in Weiterbildung Anästhesist

Anästhesie? Ja Nein

Geleitet von: Facharzt Geburtshilfe Arzt in Weiterbildung Anästhesist

Art: ITN Spinal Epi-/ Peridural

Sonstige: _____

4 Spontane Entbindung?*: Ja Nein

Geburtshelfer*: _____

5 Komplikationen unter der Geburt?*: Ja Nein

1. Komplikation*: _____ ICD 10

2. Komplikation: _____ ICD 10

3. Komplikation: _____ ICD 10

4. Komplikation: _____ ICD 10

Zusätzliche Erläuterungen (nach Möglichkeit zeitliche Abfolge von Ereignissen / Maßnahmen beschreiben):

Versorgung der Mutter nach Geburt/ OP

1 Neurologische Untersuchung der Mutter erfolgt?*: Ja Nein

2 Bildgebung Nieren erfolgt?*: Ja Nein

3 Bildgebung Leber erfolgt?*: Ja Nein

4 Fieber nach der Geburt*: Ja Nein

Diagnose*: _____ ICD 10

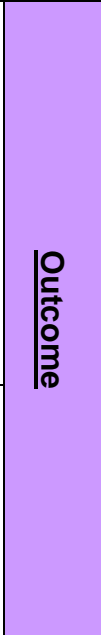
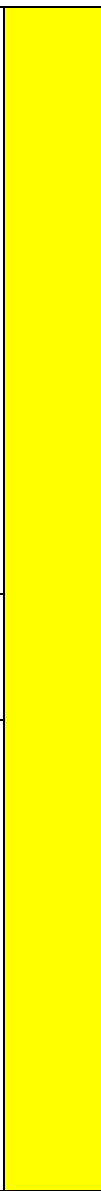
5 Verlegung*: Ja Nein

Wohin*: andere Fachabteilung anderes Krankenhaus

Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj

Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)

Veranlasst von*: Facharzt Geburtshilfe Arzt in Weiterbildung Anästhesist



<p>6 Weitere mütterliche Erkrankungen/ Komplikationen*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>1. Komplikation*: _____ ICD 10</p> <p>2. Komplikation: _____ ICD 10</p> <p>3. Komplikation: _____ ICD 10</p> <p>4. Komplikation: _____ ICD 10</p> <p>5. Komplikation: _____ ICD 10</p> <p>Maßnahmen / Therapie _____</p> <p>_____</p>	Geburtsangaben Kind(er)
<p>7 Verlegung auf Intensivstation?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Dauer des Aufenthaltes (Tage)*: ____</p>	
<p>8 Entlassung der Mutter*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj</p> <p>Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)</p>	
<p>9 Tod der Mutter*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj</p> <p>Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)</p> <p>Primäre Todesursache (laut Totenschein)*: _____ ICD 10</p> <p>Obduktion*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja: Klinisch: <input type="radio"/> Ja</p> <p>Wenn ja: Rechtsmedizinisch: <input type="radio"/> Ja</p> <p>Zusätzliche Erläuterungen (nach Möglichkeit zeitliche Abfolge von Ereignissen / Maßnahmen beschreiben): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><u>Kind(er):</u></p> <p>1. Anzahl Mehrlinge*: _ (1-4)</p> <p>(Bei Anzahl>1 bitte folgende Seite vervielfältigen)</p>	

