

# GerOSS Datensatz

## Ereignis: Placenta percreta, increta

Ort: \_\_\_\_\_ Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Fallnummer: \_\_\_\_\_ ( z.B. 1/2010 )

**Datensatz-  
schlüssel**

### Einverständniserklärung

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

Ja       Nein

Sonstige Angaben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung**

### Aufnahme

1 Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ tt.mm.jjjj

2 Uhrzeit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Std/Min

**Aufnahme**

### 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     privat krankenversichert     anders versichert

9 Körpergröße bei der Erstuntersuchung (cm): \_\_\_

10 Gewicht bei Erstuntersuchung (kg)\*: \_\_ , \_\_

11 Blutdruck

Blutdruck bei Erstuntersuchung (systolisch): \_\_\_ mmHg

Blutdruck bei Erstuntersuchung (diastolisch): \_\_\_ mmHg

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 vorausgegangener Schwangerschaften < 24 Wochen\*: \_\_

2 Vorausgegangene Schwangerschaften  $\geq$  24 Wochen\*:  Ja  Nein

Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften  $\geq$  24 Wochen\*: \_\_

Geburtsdatum des 1. Kindes  $\geq$  24 Wochen\*: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 1. Kindes  $\geq$  24 Wochen:

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

Geburtsdatum des 2. Kindes  $\geq$  24 Wochen\*: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 2. Kindes  $\geq$  24 Wochen:

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

Geburtsdatum des 3. Kindes  $\geq$  24 Wochen\*: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 3. Kindes  $\geq$  24 Wochen:

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

Geburtsdatum des 4. Kindes  $\geq$  24 Wochen\*: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 4. Kindes  $\geq$  24 Wochen:

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

Geburtsdatum des 5. Kindes  $\geq$  24 Wochen\*: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 5. Kindes  $\geq$  24 Wochen:

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

Geburtsdatum des 6. Kindes  $\geq$  24 Wochen\*: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 6. Kindes  $\geq$  24 Wochen:

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

Geburtsdatum des 7. Kindes  $\geq$  24 Wochen\*: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)

Entbindungsmodus des 7. 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 Uterus Operationen\*:  Ja     Nein

Wenn ja,

Anzahl\*: \_\_

5 Myomektomie\*:  Ja     Nein

Wenn ja,

Anzahl\*: \_\_

Wurde die Höhle verschlossen?\*:  Ja     Nein

Typ der Myomektomie\*:  transmural     mit Eröffnung des cavum uteri

6 Operation einer Ruptur\*:  Ja     Nein

Wenn ja,

Anzahl\*: \_\_

6 Vaginale Operation\*:  Ja     Nein

Wenn ja,

Anzahl\*: \_\_

Gebh. -gyn. Operation am Uterus:

- Dilatation und Curettage     Abrasio     Absaugung

<p>7 Operationen einer Uterusfehlbildung*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Anzahl*: __</p> <p>Typ der Uterusfehlbildung: <input type="radio"/> Uterus bicornis <input type="radio"/> Uterus sub septum <input type="radio"/> Sonstige</p>	
<p>8 Sonstige Operationen*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Anzahl*: __</p> <p>Welche*: _____</p>	
<p>9 Vorausgegangene Uterusperforation*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Therapiert?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wie*: _____</p> <p>10 Zusätzliche Erläuterungen: _____ _____ _____</p>	
<p>11 Vorausgegangene Sectio(nes)?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Letzte Entbindung per Sectio?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wieviele Sectiones?*: _ (1-9)</p> <p><b>Anlage 1 (Angaben zu vorausgegangenen Sectiones) ausfüllen!</b></p>	
<p><u>Jetzige Schwangerschaft</u></p>	
<p>1 Errechneter Termin*: __. __. __. __ tt/mm/jjjj</p> <p>2 Schwangerschaftsalter nach Ultraschall korrigiert?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p><b><u>Jetzige Schwangerschaft</u></b></p>
<p>3 Mehrlingsschwangerschaft*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Anzahl Feten*: __</p> <p>Art der Mehrlingsschwangerschaft*: <input type="radio"/> monochorial, monoamniotisch <input type="radio"/> monochorial, diamniotisch <input type="radio"/> dichorial, diamniotisch</p>	

<p>4 Komplikationen/ Risiken in der Schwangerschaft?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>1. Schwangerschaftsrisiko*: _____ ICD 10</p> <p>2. Schwangerschaftsrisiko: _____ ICD 10</p> <p>3. Schwangerschaftsrisiko: _____ ICD 10</p> <p>4. Schwangerschaftsrisiko: _____ ICD 10</p> <p>5. Schwangerschaftsrisiko: _____ ICD 10</p>	<b>Aufnahme zur Geburt</b>
<p>5 Plazenta praevia vor Geburt diagnostiziert?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja,</p> <p>Lage*: <input type="radio"/> I (marginalis) <input type="radio"/> II (partialis) <input type="radio"/> III (totalis)</p> <p>vollendete Schwangerschaftswoche: __</p>	
<p>6 Verdacht auf Plazenta accreta?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja,</p> <p>vollendete Schwangerschaftswoche: __</p>	
<p>7 Traten bereits in der Schwangerschaft Blutungen auf?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja,</p> <p>vollendete Schwangerschaftswoche: __</p>	
<p>8 Wurde die Schwangere bereits in der Frauenklinik behandelt?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja,</p> <p>Stationärer Aufenthalt (Tage)*: __</p>	
<p>9 Sonstige Angaben: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><u>Aufnahme zur Geburt:</u></p> <p>1 Aufnahme durch*: <input type="radio"/> Facharzt Geburtshilfe <input type="radio"/> Arzt in Weiterbildung <input type="radio"/> Anästhesist</p> <p>2 Aufnahmediagnosen:</p> <p>1. Aufnahmediagnose*: _____ ICD 10</p> <p>2. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10</p> <p>3. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10</p> <p>4. Aufnahmediagnose: _____ ICD 10</p> <p>3 Wurden bereits bei Aufnahme Blutungen diagnostiziert?*: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja,</p> <p>geschätzter Blutverlust (ml)*: _____</p>	<b>Aufnahme zur Geburt</b>

4 Plazenta previa bei Aufnahme diagnostiziert?\*:  Ja  Nein

Wenn ja,  
 Lage\*:  I (marginalis)  II (partialis)  III (totalis)

3 Therapeutische Maßnahmen bei Aufnahme: \_\_\_\_\_

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

**Aufnahme zur Geburt**

Geburt:

1 Geplanter Entbindungsmodus\*:  vaginal  primäre Sectio

2 Geburtseinleitung?\*:  Ja  Nein

Wenn ja,  
 Datum\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ tt.mm.jjjj  
 Uhrzeit\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ hh:mm (24h)

1. Indikation\*: \_\_\_\_\_ ICD 10  
 2. Indikation: \_\_\_\_\_ ICD 10  
 3. Indikation: \_\_\_\_\_ ICD 10

3 Wehen\*:  Ja  Nein

Wenn ja,  
 Beginn regelmäßiger Wehen. Datum\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ tt.mm.jjjj  
 Uhrzeit: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ hh:mm (24h)

4 Operative Entbindung?\*:  Ja  Nein

Wenn ja,  
 Indikation\*: \_\_\_\_\_ ICD 10  
 Diagnostiziert von\*:  Facharzt Geburtshilfe  Arzt in Weiterbildung  Anästhesist

Operativer Entbindungsmodus\*:

<input type="radio"/> Spontan	<input type="radio"/> Forzeps- rotierend	<input type="radio"/> Notsectio
<input type="radio"/> Vakuum	<input type="radio"/> Primäre Sectio	<input type="radio"/> Beckenendlage Extraktion
<input type="radio"/> Forzeps	<input type="radio"/> Sekundäre Sectio	

Operateur\*:  Facharzt Geburtshilfe  Arzt in Weiterbildung  Anästhesist

Anästhesie:  Ja  Nein

Geleitet von:  Facharzt Geburtshilfe  Arzt in Weiterbildung  Anästhesist

Art:  ITN  Spinal  Epi-Peridural  Sonstige

**Geburt**

5 Spontane Entbindung?\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

Geburtsshelfer\*:  Facharzt Geburtshilfe  Arzt in Weiterbildung  Anästhesist

6 Komplikationen unter der Geburt\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

1. Geburtskomplikation\*: \_\_\_\_\_ ICD 10

2. Geburtskomplikation: \_\_\_\_\_ ICD 10

3. Geburtskomplikation: \_\_\_\_\_ ICD 10

4. Geburtskomplikation: \_\_\_\_\_ ICD 10

7 Traten unter der Geburt starke Blutungen auf\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

geschätzter Blutverlust (ml)\*: \_\_\_\_\_

Therapeutische Maßnahmen unter der Geburt: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versorgung während oder nach der Geburt:

1 Welche Strategie?\*

- Placenta umgehen und belassen mit MTX  primäre Sectio mit Hysterektomie  
 Placenta umgehen und belassen ohne MTX  Ausschneiden der Fehlimplantation  
 keine signifikante Strategie  sonstiges

Wenn MTX, welche Dosis und Abstände?: \_\_\_\_\_

2 Wurde eine manuelle Plazentalösung versucht?\*:  Ja  Nein

Wenn ja, wann kam die Placenta? \_\_\_\_\_

3 Wurde eine Hysterektomie durchgeführt?\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ tt.mm.jjjj

Uhrzeit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Std/Min

4 Organschäden bei Hysterektomie\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

Zervix\*:  Ja

Blase\*:  Ja

Urether\*:  Ja

Wenn ja, beidseits?:  Ja

Darm\*:  Ja

Geburt

Versorgung während oder nach der Geburt



<p>5 Wann wurde die Plazenta accreta, percreta, increta festgestellt?*</p> <p><input type="radio"/> während der Schwangerschaft      <input type="radio"/> unter der Geburt</p> <p><input type="radio"/> vor der Geburt                              <input type="radio"/> nach der Geburt</p>	
<p>6 Uterushistologie durch Pathologen?*: <input type="radio"/> Ja    <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Befund*: _____</p>	
<p><u>Blutprodukte</u></p> <p>1 Wurden Blutprodukte gegeben?*: <input type="radio"/> Ja    <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja,</p> <p>Anzahl Konserven Erythrozytenkonzentrat*:    --</p> <p>Anzahl Konserven frisch gefrorenes Plasma (FFP)*:    --</p> <p>Anzahl Konserven Thrombozyten *:    --</p> <p>Anzahl Konserven Faktor II *:    --</p> <p>Anzahl Konserven Faktor VII *:    --</p> <p>Anzahl Konserven Sonstige*:    --</p> <p>maschinelle Autotransfusion (MAT) ml*:    ---</p>	<u>Blutprodukte</u>
<p>2 Wurden Blutprodukte abgelehnt?*: <input type="radio"/> Ja    <input type="radio"/> Nein</p> <p>3 Zusätzliche Erläuterungen: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><u>Versorgung der Mutter nach OP:</u></p> <p>1 Fieber nach der Geburt?*: <input type="radio"/> Ja    <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja, Diagnose*: _____ ICD 10</p>	<u>Versorgung der Mutter nach OP</u>
<p><u>Verlegung</u></p> <p>1 Verlegung*: <input type="radio"/> Ja    <input type="radio"/> Nein</p> <p>Wenn ja,</p> <p>Wohin*: <input type="radio"/> andere Fachabteilung                      <input type="radio"/> anderes Krankenhaus</p> <p>Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj</p> <p>Uhrzeit: ____ . ____ hh:mm (24h)</p> <p>Veranlasst von*: <input type="radio"/> Facharzt Geburtshilfe      <input type="radio"/> Arzt in Weiterbildung      <input type="radio"/> Anästhesist</p>	

2 weitere mütterliche Erkrankungen/Komplikationen\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

1. Komplikation\*: \_\_\_\_\_ ICD 10

2. Komplikation: \_\_\_\_\_ ICD 10

3. Komplikation: \_\_\_\_\_ ICD 10

4. Komplikation: \_\_\_\_\_ ICD 10

5. Komplikation: \_\_\_\_\_ ICD 10

Maßnahmen / Therapie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 Wurde eine Antibiotikaprophylaxe durchgeführt?\*:  Ja  Nein

4 Wurde eine HCG Kontrolle durchgeführt?\*:  Ja  Nein

5 Verlegung auf Intensivstation?\*:  Ja  Nein

Wenn ja, Dauer des Aufenthaltes (Tage)\*: \_\_\_\_

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

1 Entlassung der Mutter\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

Datum\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ tt/mm/jjjj

Uhrzeit: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ hh:mm (24h)

2 Tod der Mutter\*:  Ja  Nein

Datum\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ tt/mm/jjjj

Uhrzeit\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ hh:mm (24h)

Primäre Todesursache (laut Totenschein)\*: \_\_\_\_\_ ICD 10

Obduktion\*:  Ja  Nein

Wenn ja: Klinisch:  Ja

Wenn ja: Rechtsmedizinisch:  Ja

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

**Entlassung**

1. Anzahl Mehrlinge: \_ (1-4)

(Bei Mehrlingen >1 bitte folgende Seiten vervielfältigen)

1 Laufende Nummer des Mehrlings: \_

2 Datum\*: \_ . \_ . \_ . \_ . \_ tt/mm/jjjj

3 Uhrzeit\*: \_ . \_ . \_ . \_ hh:mm (24h)

4 Entbindungsmodus\*:

Spontan

Beckenendlage Extraktion

Vakuum

Forzeps

Primäre Sectio

Notsectio

Forzeps- rotierend

Sekundäre Sectio

5 Geburtsgewicht (in Gramm)\*: \_ \_ \_ \_

6 Reifealter (vollendete Wochen)\*: \_ \_

7 Totgeburt\*:  Ja  Nein

Wenn ja, Zeitpunkt\*:  antepartum  subpartum  Todeszeitpunkt unbekannt

8 Lebensgeburt\*:  Ja  Nein

1 Minuten Apgar\*: \_ \_

5 Minuten Apgar\*: \_ \_

10 Minuten Apgar\*: \_ \_

Nabelarterien pH- Wert\*: \_ \_

Nabelarterien Base Excess (positiver Wert = '99'): \_ \_ \_ \_

Nabelvenen pH-Wert: \_ \_

Nabelvenen Base Excess (positiver Wert = '99'): \_ \_ \_ \_

Bicarbonat: \_ \_ \_ \_

pCO2: \_ \_ \_ \_

Laktat: \_ \_ \_ \_

9 Verlegung auf Intensivstation (NICU)\*:  Ja  Nein

Datum\*: \_ . \_ . \_ . \_ . \_ tt/mm/jjjj

Uhrzeit\*: \_ . \_ . \_ . \_ hh:mm (24h)

Verlegung außerhalb\*:  andere Fachabteilung  anderes Krankenhaus

Dauer auf Intensivstation (Tage)\*: \_ \_ \_

10 Morbidität\*:  Ja  Nein

1. Morbidität\*:

chronische Lungenerkrankung

schwere Fehlbildung

Schwere Infektion (z.B. Sepsis, Meningitis)

Fototherapiepflichtiger Ikterus

intraventrikuläre Haemorrhagie

nekrotisierende Enterokolitis

neonatale Enzephalopathie

Atemnotsyndrom

Frühgeburt

Sonstiges

2. Morbidität:

chronische Lungenerkrankung

schwere Fehlbildung

schwere Infektion (z.B. Sepsis, Meningitis)

Fototherapiepflichtiger Ikterus

intraventrikuläre Haemorrhagie

nekrotisierende Enterokolitis

neonatale Enzephalopathie

Atemnotsyndrom

Frühgeburt

Sonstiges

3. Morbidität:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> chronische Lungenkrankheit                  | <input type="radio"/> schwere Fehlbildung             |
| <input type="radio"/> schwere Infektion (z.B. Sepsis, Meningitis) | <input type="radio"/> Fototherapiepflichtiger Ikterus |
| <input type="radio"/> intraventrikuläre Haemorrhagie              | <input type="radio"/> nekrotisierende Enterokolitis   |
| <input type="radio"/> neonatale Enzephalopathie                   | <input type="radio"/> Atemnotsyndrom                  |
| <input type="radio"/> Frühgeburt                                  | <input type="radio"/> Sonstiges                       |

4. Morbidität:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> chronische Lungenkrankheit                  | <input type="radio"/> schwere Fehlbildung             |
| <input type="radio"/> schwere Infektion (z.B. Sepsis, Meningitis) | <input type="radio"/> Fototherapiepflichtiger Ikterus |
| <input type="radio"/> intraventrikuläre Haemorrhagie              | <input type="radio"/> nekrotisierende Enterokolitis   |
| <input type="radio"/> neonatale Enzephalopathie                   | <input type="radio"/> Atemnotsyndrom                  |
| <input type="radio"/> Frühgeburt                                  | <input type="radio"/> Sonstiges                       |

5. Morbidität:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> chronische Lungenkrankheit                  | <input type="radio"/> schwere Fehlbildung             |
| <input type="radio"/> schwere Infektion (z.B. Sepsis, Meningitis) | <input type="radio"/> Fototherapiepflichtiger Ikterus |
| <input type="radio"/> intraventrikuläre Haemorrhagie              | <input type="radio"/> nekrotisierende Enterokolitis   |
| <input type="radio"/> neonatale Enzephalopathie                   | <input type="radio"/> Atemnotsyndrom                  |
| <input type="radio"/> Frühgeburt                                  | <input type="radio"/> Sonstiges                       |

11 Maßnahmen / Therapie: \_\_\_\_\_

12 Postpartal verstorben\*:  Ja  Nein

Datum\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ tt/mm/jjjj

Uhrzeit\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ hh:mm (24h)

Primäre Todesursache (laut Totenschein)\*:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> chronische Lungenkrankheit                  | <input type="radio"/> schwere Fehlbildung             |
| <input type="radio"/> schwere Infektion (z.B. Sepsis, Meningitis) | <input type="radio"/> Fototherapiepflichtiger Ikterus |
| <input type="radio"/> intraventrikuläre Haemorrhagie              | <input type="radio"/> nekrotisierende Enterokolitis   |
| <input type="radio"/> neonatale Enzephalopathie                   | <input type="radio"/> Atemnotsyndrom                  |
| <input type="radio"/> Frühgeburt                                  | <input type="radio"/> Sonstiges                       |

13 zusätzliche Erläuterungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anlage 1: Sectio bei vorausgegangenen Schwangerschaften

(Bitte für jede vorausgegangene Sectio ausfüllen!)

### 1. Sectio\*:

1 Datum\*: \_\_. \_\_. \_\_\_\_ tt/mm/jjjj

2 Gestationsalter \_\_ Wochen

3 Indikation \_\_\_\_\_ ICD 10

4 Sectio vor Wehenbeginn?\*  Ja  Nein

5 Schnitttrichtung am Uterus:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Querinzision                                 | <input type="radio"/> Schnittführung mit einer Ecke (L-Form) |
| <input type="radio"/> Schnitttrichtung mit zwei Ecken (reversed T) | <input type="radio"/> Rissverletzung                         |
| <input type="radio"/> Frühgeburt – Sectio                          | <input type="radio"/> sonstige                               |

6 Uterusnaht\*:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> einschichtig, Einzelknopfnah | <input type="radio"/> einschichtig, fortlaufende Naht |
| <input type="radio"/> doppelschichtig              | <input type="radio"/> unbekannt                       |

7 Postpartale Morbidität:

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine        | <input type="radio"/> Wundinfektion |
| <input type="radio"/> Endometriose | <input type="radio"/> sonstige      |

### 2. Sectio\*:

1 Datum\*: \_\_. \_\_. \_\_\_\_ tt/mm/jjjj

2 Gestationsalter \_\_ Wochen

3 Indikation \_\_\_\_\_ ICD 10

4 Sectio vor Wehenbeginn?\*  Ja  Nein

5 Schnitttrichtung am Uterus:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Querinzision                                 | <input type="radio"/> Schnittführung mit einer Ecke (L-Form) |
| <input type="radio"/> Schnitttrichtung mit zwei Ecken (reversed T) | <input type="radio"/> Rissverletzung                         |
| <input type="radio"/> Frühgeburt – Sectio                          | <input type="radio"/> sonstige                               |

6 Uterusnaht\*:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> einschichtig, Einzelknopfnah | <input type="radio"/> einschichtig, fortlaufende Naht |
| <input type="radio"/> doppelschichtig              | <input type="radio"/> unbekannt                       |

7 Postpartale Morbidität:

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine        | <input type="radio"/> Wundinfektion |
| <input type="radio"/> Endometriose | <input type="radio"/> sonstige      |

**Sectio**

### 3. Sectio\*:

1 Datum\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ tt/mm/jjjj

2 Gestationsalter \_\_ Wochen

3 Indikation \_\_\_\_\_ ICD 10

4 Sectio vor Wehenbeginn?\*  Ja  Nein

5 Schnitttrichtung am Uterus:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Querinzision                                 | <input type="radio"/> Schnittführung mit einer Ecke (L-Form) |
| <input type="radio"/> Schnitttrichtung mit zwei Ecken (reversed T) | <input type="radio"/> Rissverletzung                         |
| <input type="radio"/> Frühgeburt – Sectio                          | <input type="radio"/> sonstige                               |

6 Uterusnaht\*:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> einschichtig, Einzelknopfnah | <input type="radio"/> einschichtig, fortlaufende Naht |
| <input type="radio"/> doppelschichtig              | <input type="radio"/> unbekannt                       |

7 Postpartale Morbidität:

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine        | <input type="radio"/> Wundinfektion |
| <input type="radio"/> Endometriose | <input type="radio"/> sonstige      |

### 4. Sectio\*:

1 Datum\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ tt/mm/jjjj

2 Gestationsalter \_\_ Wochen

3 Indikation \_\_\_\_\_ ICD 10

4 Sectio vor Wehenbeginn?\*  Ja  Nein

5 Schnitttrichtung am Uterus:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Querinzision                                 | <input type="radio"/> Schnittführung mit einer Ecke (L-Form) |
| <input type="radio"/> Schnitttrichtung mit zwei Ecken (reversed T) | <input type="radio"/> Rissverletzung                         |
| <input type="radio"/> Frühgeburt – Sectio                          | <input type="radio"/> sonstige                               |

6 Uterusnaht\*:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> einschichtig, Einzelknopfnah | <input type="radio"/> einschichtig, fortlaufende Naht |
| <input type="radio"/> doppelschichtig              | <input type="radio"/> unbekannt                       |

7 Postpartale Morbidität:

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine        | <input type="radio"/> Wundinfektion |
| <input type="radio"/> Endometriose | <input type="radio"/> sonstige      |