

# GerOSS Datensatz

## Ereignis: Uterusruptur

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Ort: _____ Name des Krankenhauses: _____<br><br>Fallnummer: _____ ( z.B. 1/2010 )   | <b>Datensatz-<br/>schlüssel</b> |
| <u>Einverständniserklärung</u><br><br>Unterschriebene Einverständniserklärung der Patientin liegt vor (in Niedersachsen nicht erforderlich)*:<br><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein<br><br>Sonstige Angaben: _____<br>_____  | <b>Einverständniserklärung</b>  |
| <u>Aufnahme</u><br><br>Datum: _____ tt.mm.jjjj<br>Uhrzeit _____ Std/Min   | <b>Aufnahme</b>                 |
| <u>Angaben zur Schwangeren:</u><br><br>1 Geburtsjahr*: _____ ( JJJJ )<br>2 PLZ: _____ (die ersten 4 Stellen)  | <b>Angaben zur Schwangeren</b>  |
| 3 Hat die Schwangere einen Migrationshintergrund?*:<br><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> unbekannt<br><br>Wenn ja, in welchem Ausmaß hat der Migrationshintergrund den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt beeinflusst?<br><br><input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> kaum <input type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> stark <input type="radio"/> entscheidend <input type="radio"/> nicht beurteilbar |                                 |
| 4 Hat das soziale Umfeld den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt beeinflusst?*:<br><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> unbekannt<br><br>Wenn ja, in welchem Ausmaß?*:<br><br><input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> kaum <input type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> stark <input type="radio"/> entscheidend <input type="radio"/> nicht beurteilbar   |                                 |

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

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

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

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

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

- |                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| <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   |  |

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

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

- |                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| <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   |  |

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

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

- |                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| <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   |  |

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

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

- |                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| <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   |  |

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

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

- |                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| <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   |  |

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

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

- |                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| <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   |  |

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

Entbindungsmodus des 7. Kindes  $\geq$  24 Wochen:

- |                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| <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   |  |

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 Vorhergegangene Uterus Operationen\*:

Wenn ja,

- Ja       Nein

Anzahl\*: \_\_

5 Myomektomie\*:  Ja       Nein

Wenn ja,

Anzahl\*: \_\_

Wurde die Höhle verschlossen?:  Ja       Nein

Typ der Myomektomie:

- ohne Eröffnung des cavum uteri  
 mit Eröffnung des cavum uteri  
 unbekannt

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

7 Operationen einer Uterusfehlbildung\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

Anzahl\*: \_\_

Typ der Uterusfehlbildung:

Uterus bicornis  Uterus sub septum  Sonstige

8 Sonstige Operationen\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

Anzahl\*: \_\_

Welche\*: \_\_\_\_\_

9 Vorausgegangene Uterusperforation\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

Therapiert?\*:  Ja  Nein

Wie\*: \_\_\_\_\_

10 Zusätzliche Erläuterungen: \_\_\_\_\_

11 Vorausgegangene Sectio(nes)?\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

Letzte Entbindung per Sectio?\*:  Ja  Nein

Wieviele Sectiones?\*: \_ (1-9)

**Anlage 1 (Angaben zu vorausgegangenen Sectiones) ausfüllen!**

Jetzige Schwangerschaft

1 Errechneter Termin\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ tt/mm/jjjj

2 Schwangerschaftsalter nach Ultraschall korrigiert?\*:  Ja  Nein

Jetzige  
Schwangerscha  
ft

3 Mehrlingsschwangerschaft\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

Anzahl Feten\*: \_\_

Art der Mehrlingsschwangerschaft\*:

- monochorial, monoamniotisch
- monochorial, diamniotisch
- dichorial, diamniotisch

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

- 1. Komplikation\*: \_\_\_\_\_ ICD 10
- 2. Komplikation: \_\_\_\_\_ ICD 10
- 3. Komplikation: \_\_\_\_\_ ICD 10
- 4. Komplikation: \_\_\_\_\_ ICD 10
- 5. Komplikation: \_\_\_\_\_ ICD 10

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

Wenn ja,

Dauer des stationären Aufenthalts in Tagen\*: \_\_

6 Geplanter Entbindungsmodus\*:  vaginal  primäre Sectio

7 Zusätzliche Erläuterungen : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aufnahme zur Geburt

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
- 5. Aufnahmediagnose: \_\_\_\_\_ ICD 10

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

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

**Aufnahme zur Geburt**

Geburt/Uterusruptur:

1 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

2 Bishop Score\*: \_\_

3 Prostaglandin\*:  Ja  Nein

Wenn 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 (24h)

Weitere Prostaglandingabe\*:

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 (24h)

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 (24h)

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 (24h)

4 Zusätzliche Erläuterungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5 Wehen?\*

Ja  Nein

Wenn ja,

Beginn regelmäßiger Wehen: Datum\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ tt/mm/jjjj

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

Maximale Frequenz innerhalb von 10 Minuten\*: \_\_\_\_

6 Oxytocin Gabe?  Ja  Nein

Wenn ja,

Dauer (hh:mm)\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Zeitpunkt des VERDACHTS auf Uterusruptur

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

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

3 Asympt. Tastbare / optische Zeichen eines Defekts (z.B. Dehizens) bei Sectio?

Ja  Nein  unbekannt

Wenn ja, festgestellt durch:

Facharzt Geburtshilfe  Arzt in Weiterbildung  Anästhesist

Klinische Symptome und Zeichen vor diagnostizierter Uterusruptur

1 Klinische Symptome und Zeichen\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

1. klinisches Symptom\*:

Bauchschmerzen  veränderte Uteruskontraktion  
 Hämaturie  vaginale Blutungen

2. klinisches Symptom:

Bauchschmerzen  veränderte Uteruskontraktion  
 Hämaturie  vaginale Blutungen

3. klinisches Symptom:

Bauchschmerzen  veränderte Uteruskontraktion  
 Hämaturie  vaginale Blutungen

2 abnorme Herzfrequenz\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

Befund\*:  Tachykardie  Bradykardie  frühe Dezeleration  
 variable Dezelerationen  späte Dezelerationen  sonstiges

Sonstige Symptome: \_\_\_\_\_

**Geburt / Uterusruptur**



|  |                   |                   |
|--|-------------------|-------------------|
| <p>3 Wann wurde die Uterusruptur festgestellt?*:<br/> <input type="radio"/> vor Wehenbeginn (stille Ruptur)      <input type="radio"/> sub partum<br/> <input type="radio"/> post partum      <input type="radio"/> unbekannt</p>  | <b>Versorgung</b> |                   |
| <p>4 Lage der Ruptur*:<br/> <input type="radio"/> Fundus      <input type="radio"/> unteres Segment<br/> <input type="radio"/> Sonstige Situs (z.B. Narbenruptur)</p>  |                   |                   |
| <p>5 Lage des Fetus bei Laparotomie*:<br/> <input type="radio"/> physiologische Lage      <input type="radio"/> im Abdomen<br/> <input type="radio"/> im Uterus      <input type="radio"/> Sonstige</p>  |                   |                   |
| <p>6 Lage der Placenta bei Laparotomie*:<br/> <input type="radio"/> I (marginalis)      <input type="radio"/> II (partialis)<br/> <input type="radio"/> III (totalis)      <input type="radio"/> Sonstige</p>  |                   |                   |
| <p>7 Zusätzliche Erläuterungen (nach Möglichkeit zeitliche Abfolge von Ereignissen / Maßnahmen beschreiben): _____<br/>         _____<br/>         _____</p>   |                   |                   |
| <p><u>Versorgung nach Uterusruptur:</u></p> <p>1. Operateur*:<br/> <input type="radio"/> Facharzt Geburtshilfe      <input type="radio"/> Arzt in Weiterbildung      <input type="radio"/> Anästhesist</p> <p>2. Operateur:<br/> <input type="radio"/> Facharzt Geburtshilfe      <input type="radio"/> Arzt in Weiterbildung      <input type="radio"/> Anästhesist</p>   |                   |                   |
| <p><u>Versorgung der Uterusruptur:</u></p> <p>1 Laparotomie und Primärversorgung*: <input type="radio"/> Ja      <input type="radio"/> Nein</p> <p>2 Hysterektomie*: <input type="radio"/> Ja      <input type="radio"/> Nein<br/>         Wenn ja, Datum*: ____ . ____ . ____ tt/mm/jjjj<br/>         Uhrzeit*: ____ . ____ hh:mm (24h)</p> <p>3 Sonstige Versorgung*: <input type="radio"/> Ja      <input type="radio"/> Nein<br/>         Wenn ja, welche?*: _____</p> <p>4 Zusätzliche Erläuterungen: _____<br/>         _____<br/>         _____</p> |                   | <b>Versorgung</b> |

Organschäden bei Ruptur oder bei Versorgung

1 Ovar\*:  Ja  Nein

2 Blase\*:  Ja  Nein

3 Ureter\*:  Ja  Nein

Wenn ja, beidseits?:  Ja

4 Darm\*:  Ja  Nein

4 Zusätzliche Erläuterungen: -----  
-----  
-----

Blutprodukte:

1 Wurden Blutprodukte gegeben?\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

Anzahl Konserven Erythrozytenkonzentrate\*: ---

Anzahl Konserven frisch gefrorenes Plasma (FFP)\*: ---

Anzahl Konserven Thrombozyten\*: ---

Anzahl Konserven Faktor II \*: ---

Anzahl Konserven Faktor VII\*: ---

Anzahl Konserven Sonstige\*: ---

maschinelle Autotransfusion (MAT) ml\*: ---

2 Wurden Blutprodukte abgelehnt?\*:  Ja  Nein

3 Zusätzliche Erläuterungen: -----  
-----  
-----

Versorgung der Mutter nach OP:

1 Fieber nach der Geburt\*:  Ja  Nein

Wenn ja, Hauptdiagnose\*: ----- ICD 10

2 Verlegung\*:  Ja  Nein

Wenn ja,

Wohin\*:  andere Fachabteilung  anderes Krankenhaus

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

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

Veranlasst von\*:  Facharzt Geburtshilfe  Arzt in Weiterbildung  Anästhesist

**Outcome**

3 Verlegung auf Intensivstation?\*:  Ja  Nein

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

4 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4 Zusätzliche Erläuterungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entlassung

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): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

(Bei Mehrlingen >1 bitte folgende Seiten vervielfältigen)

Entlassung

Geburtsangaben  
der Kinder

1 Laufende Nummer des Mehrlings: \_

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

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

4 Entbindungsmodus\*:

- |  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Spontan            | <input type="radio"/> Beckenendlage Extraktion | <input type="radio"/> Vakuum    |
| <input type="radio"/> Forzeps            | <input type="radio"/> Primäre Sectio           | <input type="radio"/> Notsectio |
| <input type="radio"/> Forzeps- rotierend | <input type="radio"/> 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\*:

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

2. 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"/> intraventriculäre Haemorrhagie              | <input type="radio"/> nekrotisierende Enterokolitis   |
| <input type="radio"/> neonatale Enzephalopathie                   | <input type="radio"/> Atemnotsyndrom                  |
| <input type="radio"/> Frühgeburt                                  | <input type="radio"/> 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"/> Fototherapie pflichtiger 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"/> Fototherapie pflichtiger 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"/> Fototherapie pflichtiger 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"/> Fototherapie pflichtiger 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 vorausgegangenem 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      |