



Mutterpass

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL  PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN – SÜDTIROL

Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtiroi

Informationen für die Schwangere:

| | Datum | Unterschrift |
|--|-------|--------------|
| Ernährung und Hygiene in der Schwangerschaft | / / | |
| Körperliche Aktivität in der Schwangerschaft | / / | |
| Verzicht auf Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsum | / / | |
| Infektionsprävention in der Schwangerschaft | / / | |
| Projekt „Rund um die Geburt“ | / / | |
| Screening der Chromosomopathien in der Schwangerschaft; Ersttrimesterscreening | / / | |
| Beckenbodenpflege | / / | |
| Psychologische und soziale Unterstützung in Schwangerschaft und Wochenbett | / / | |
| Die verschiedenen Geburtsabteilungen und der Entbindungsmodus | / / | |
| Schmerzlinderung unter der Geburt | / / | |
| Äußere Wendung des Fötus bei Beckenendlage | / / | |
| Stillförderung | / / | |
| | Datum | Ort |
| Geburtsvorbereitungskurs | / / | |
| Anästhesiologische Visite | / / | |
| Gespräch Nabelschnurblutspende | / / | |

Empfohlene Impfungen in der Schwangerschaft

| | Datum |
|---|-------|
| Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten (für alle Schwangeren in der 28.-32.SSW) | / / |
| Grippeimpfung Für alle Schwangeren (in der Grippezeit) | / / |

ANAMNESE

7

SPEZIFISCHE RISIKEN IN DER
SCHWANGERSCHAFT

15

BLUTBEFUNDE UND KONTROLLEN

29

ULTRASCHALL

41

GEBURT UND WOCHENBETT

47



Bitte sorgfältig aufbewahren und zu jeder ärztlichen Untersuchung sowie zur Entbindung, zur Wochenbettvisite und zu allen weiteren Schwangerschaften mitbringen.

Nachname

.....

Name

.....

Geburtsdatum

Telefonnummer

.....

Adresse

.....

.....

.....

Steuernummer

.....

Frauenarzt/Frauenärztin

.....

Hebamme

.....

DATEN DER MUTTER

Nachname Name

Geburtsdatum / / Geburtsort

Prov. Land

Wohnsitzgemeinde: Prov.

Staatangehörigkeit

Telefon Handy

Muttersprache

Anfrage einer Mediatorin Ja Nein

Erwerbstätigkeit

Berufstätigkeit

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> berufstätig | <input type="checkbox"/> Studentin |
| <input type="checkbox"/> arbeitslos | <input type="checkbox"/> Hausfrau |
| <input type="checkbox"/> auf der Suche nach einer Erstanstellung | <input type="checkbox"/> Anderes |

Beschäftigungsverhältnis

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unternehmerin | <input type="checkbox"/> andere autonome Arbeit |
| <input type="checkbox"/> Freiberuflerin | <input type="checkbox"/> Abhängiges Arbeitsverhältnis: Arbeiterin |
| <input type="checkbox"/> Abhängiges Arbeitsverhältnis: Führungskraft | <input type="checkbox"/> Militär, Ordnungskräfte, Ordensleute |
| <input type="checkbox"/> Abhängiges Arbeitsverhältnis: Angestellte | <input type="checkbox"/> Nie einer festen Arbeit nachgegangen |

Studientitel

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Universitätsabschluss/Dokortitel | <input type="checkbox"/> Mittelschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss oder dreijähriges Kurzstudium | |
| <input type="checkbox"/> Grundschulabschluss | <input type="checkbox"/> Oberschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Kein Titel | |

Mutterschaftsurlaub Ja Nein

Beginn mit Schwangerschaftswochen

Familienstand

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ledig | <input type="checkbox"/> Getrennt | <input type="checkbox"/> Geschieden | <input type="checkbox"/> Verwitwet | <input type="checkbox"/> Alleinstehend |
| <input type="checkbox"/> Unbekannt | | | | |
| <input type="checkbox"/> Verheiratet: Heiratsdatum | / | / | | |

Suchtverhalten

- Zigaretten, nie geraucht
- In der Frühschwangerschaft aufgehört
- Vor der Schwangerschaft aufgehört
- In der SS weiter geraucht
- Alkohol, nie getrunken
- Kein Alkoholkonsum in der SS
- In der Frühschwangerschaft aufgehört
- Weiterhin Alkoholkonsum in der SS
- Extrem seltener Alkoholkonsum in der SS

DATEN DES VATERS

Nachname..... Name.....
Geburtsdatum / / Geburtsort.....
Prov..... Land.....
Wohnsitzgemeinde..... Prov.....
Telefon..... Handy.....

Erwerbstätigkeit

Berufstätigkeit

- berufstätig
- arbeitslos
- auf der Suche nach einer Erstanstellung
- Student
- Hausmann
- Anderes

Beschäftigungsverhältnis

- Unternehmer
- Freiberufler
- Abhängiges Arbeitsverhältnis: Führungskraft
- Abhängiges Arbeitsverhältnis: Angestellter
- andere autonome Arbeit
- Abhängiges Arbeitsverhältnis: Arbeiter
- Militär, Ordnungskräfte, Ordensleute
- Nie einer festen Arbeit nachgegangen

Studentitel

- Universitätsabschluss/Dokortitel
- Hochschulabschluss oder dreijähriges Kurzstudium
- Oberschulabschluss
- Mittelschulabschluss
- Grundschulabschluss
- Kein Titel

Familienstand

- Ledig
- Getrennt
- Geschieden
- Verwitwet
- Nicht mitgeteilte Information
- Verheiratet

ANAMNESE



Größe

..... cm

Gewicht

..... kg

BMI vor der Schwangerschaft..... Kg/m²**Blutgruppe****ABo**

.....

Rh

.....

Protokollnummer

.....

Datum

.....

Allergien

.....

.....

.....

.....

FAMILIENANAMNESE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Genetische Pathologien oder Fehlbildungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Mutter mit Präeklampsie |
| <input type="checkbox"/> Arterieller Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Angeborene Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Thromboembolie | <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhagische Erkrankungen | |

Anamnese des Partners

.....

.....

Anmerkungen

.....

.....

.....

EIGENANAMNESE

- Negativ für Pathologien
- Arterieller Bluthochdruck
- Diabetes mellitus
- Adipositas: BMI ≥ 30 Adipositas: BMI ≥ 40
- Ausgeprägte Gewichtsveränderungen
- Mütterliches Alter ≥ 40 oder < 18 Jahren
- Z. n. Thromboembolie oder Hämorrhagie
- Thrombophilie
- Infektionen
- Autoimmunerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Herzerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Atemwegserkrankungen
- Lebererkrankungen
- Neurologische Erkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Hämatologische Erkrankungen
- Chirurgische Eingriffe

-
- Inkontinenz (Urin/Stuhl)
 - Psychische oder soziale Belastung
 - Raucherin Alkoholabusus
 - Drogenmissbrauch
 - Medikamente

-
- Anderes
-

Anamnese der Arbeitsbedingungen

- Erkannte Risiken in der Arbeitsumgebung

GYNÄKOLOGISCHE UND GEBURTSHILFLICHE ANAMNESE

- Negativ für Pathologien
- Kinderwunschpatientin
- Zustand nach habituellem Abort (drei oder mehr Spontanaborte)
- Fehlbildungen oder Anomalien der Gebärmutter
- Weibliche Genitalverstümmelung
- Zustand nach Sectio
- Zustand nach anderen Eingriffen am Uterus - oder im kleinen Becken
- Zustand nach Dammchirurgie
- Zustand nach Frühgeburt
- Zustand nach Spätabort
- Zustand nach Gestationsdiabetes
- Zustand nach Makrosomie ≥ 4500 g
- Zustand nach Präeklampsie oder schwangerschaftsinduzierter Hypertonie
- Zustand nach IUGR oder SGA
- Zustand nach vorzeitiger Plazentalösung
- Zustand nach Hepatopathie
- Zustand nach schwangerschaftsinduzierter Thrombozytopenie
- Zustand nach intrauterinem Fruchttod oder neonatalem Tod
- Kind mit Chromosomenanomalie oder Missbildung
- Zustand nach postpartaler Blutung
- Zustand nach Dammriss III. /IV. Grades
- Zustand nach Schulterdystokie
- Zustand nach postpartaler Depression
- Andere Besonderheiten

.....

.....

Pap-test Ergebnis..... Datum / /

ANAMNESE DER AKTUELLEN SCHWANGERSCHAFT

Negativ für Pathologien
 Präkonzeptionelle Beratung durchgeführt
 Späte Diagnose der Schwangerschaft
 Unklares Schwangerschaftsalter
 Blutsverwandtschaft
 Nein Cousins 1. Grades Cousins 2. Grades
 Anderes

Kontakt mit teratogenen Substanzen
 Infektionen
 Rh-Isoimmunisierung
 Anderes

Mehrlingsschwangerschaft
 Monochorial Bichorial
 Monoamniotisch Biamniotisch
 Zwillings-SS Drillings-SS
 Andere

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> IUI | <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> GIFT <input type="checkbox"/> Andere | <input type="checkbox"/> Ovarialstimulation |
| <input type="checkbox"/> Homolog | Heterolog <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich | <input type="checkbox"/> Embryodonation |
| <input type="checkbox"/> Frischer Zyklus | <input type="checkbox"/> KryoET | <input type="checkbox"/> Präimplantationsdiagnostik (PID) |

Folsäure

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Präkonzeptionell | <input type="checkbox"/> Innerhalb des I. Trimenons |
| <input type="checkbox"/> Nach dem I. Trimenon | <input type="checkbox"/> Nicht eingenommen |

PARA / / /

Vorausgegangene Geburten

| Jahr | SSW | Geschlecht | Gewicht | Entbindungsart |
|------|-----|------------|---------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Fehlgeburten/Abbrüche

| Jahr | SSW | Gewicht | Modalität |
|------|-----|---------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Anmerkungen

.....

| Anomalien im SS-Verlauf | Anomalien im Wochenbett | Erkrankungen beim Neugeborenen |
|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Komplikationen | Komplikationen nach Fehlgeburt | Diagnose |
|----------------|--------------------------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

SPEZIFISCHE RISIKEN IN DER SCHWANGERSCHAFT



RISIKEN FÜR FEHLBILDUNGEN UND GENETISCHE ANOMALIEN

- Blutsverwandtschaft
- Kind mit Missbildung
- Familienanamnese für Missbildungen/genetische Erkrankungen
- Kind mit genetischer Erkrankung
- Medikamente
- Exposition ionisierender Strahlungen
- Suspektes oder pathologisches US-Screening
- Andere

Genetische Beratung

Teratologische Beratung

Invasive Untersuchung

US auf Indikation

Fetale Echokardiographie

Anmerkungen

NACKENTRANSPARENZ + BI-TEST I. TRIMENON/ SCREENING AUF CHROMOSOMOPATIEN

Ticketbefreit

| | | | |
|-------|---|---|--------------|
| Datum | / | / | Unterschrift |
|-------|---|---|--------------|

- Niederes Risiko
- Mittleres Risiko
- Hohes Risiko
- Nicht durchgeführt
- Risikobestimmung auf Chromosomopatien nicht erwünscht
- NT > 99° PCT
- Niederes PAPP A < 0,3 MoM

NIPT

- Niederes Risiko
- Hohes Risiko

Invasive Untersuchung

| | Datum | Ergebnis |
|--|-------|----------|
| <input type="checkbox"/> CVS | / / | |
| <input type="checkbox"/> Amniozentese | / / | |
| <input type="checkbox"/> Chordozentese | / / | |

Anti-D Ja Nein

Anmerkungen

.....

.....

.....

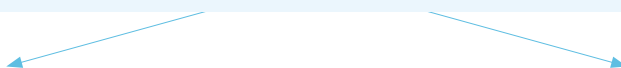
METABOLISCHES RISIKO

GESTATIONSDIABETES

OGTT nach Indikation der nationalen Leitlinien

- BMI ≥ 30
- Zustand nach Gestationsdiabetes
- Nüchtern - Blutzucker im I. Trimenon ≥ 100 < 126 mg/dl

Anderes



OGTT 75g 16-18 SSW

Datum / /

- Im Normbereich
- Pathologisch

OGTT 75g 24-28 SSW

Datum / /

- Im Normbereich
- Pathologisch

- BMI ≥ 25 , aber < 30
- Alter ≥ 35 Jahre
- Zustand nach Makrosomie (≥ 4500 g)
- Herkunftsland mit erhöhtem Risiko (Pakistan, Indien, Bangladesch, Ägypten, Marokko, Algerien, arabische Halbinsel)
- Eltern oder Geschwister mit Diabetes Mellitus Typ 2



OGTT 75g 24-28 SSW

Datum / /

- Im Normbereich
- Pathologisch

Diagnose Gestationsdiabetes

Nüchtern ≥ 92 mg/dl

Nach 1 Stunde ≥ 180 mg/dl

Nach 2 Stunden ≥ 153 mg/dl

DIABETES MELLITUS

- Diabetes Typ 1
- Diabetes Typ 2
- Blutzucker I.Trimenon ≥ 126 mg/dl

Glykiertes Hb

| | | |
|--------------|--------------|--------------|
| Datum / / | Datum / / | Datum / / |
| | | |

Ketone

| | | |
|--------------|--------------|--------------|
| Datum / / | Datum / / | Datum / / |
| | | |
| | | |
| | | |

- Mikroinfusor (Insulinpumpe)
- Mikrosensor
- Telemonitoring

DIABETOLOGISCHES KONSIL

.....

AKTUELLE THERAPIE

.....

.....

.....

Anmerkungen

.....

.....

RISIKO FÜR HYPERTONIE UND PRÄEKLAMPSIE

Mindestens ein hoher Risikofaktor:

- Hypertonie
- Zustand nach Präeklampsie oder Frühgeburt (<34SSW)
- Autoimmunerkrankung
- Nephropathie
- Bekannter Diabetes mellitus Typ 1/2
- Anderes

Mindestens zwei moderate Risikofaktoren:

- 1. Schwangerschaft oder Intervall zwischen den Schwangerschaften > 10 Jahren, neuer Partner
- ≥ 40 Jahre
- BMI ≥ 35
- Familiarität für Präeklampsie (Mutter, Schwestern)
- Mehrlingsschwangerschaft

Screening I. Trimenon:

- Risiko für Präeklampsie > 1/200

Therapie

- ASA 100
- ASA 150

Doppler der Arteriae Uterinae

| Datum | SSW | Ergebnis |
|-------|-------|----------|
| / / | | |
| / / | | |

Anmerkungen

.....

RISIKO FÜR FRÜHGEBURT / SPÄTABORT

- Zustand nach Frühgeburt
- Zustand nach Spätabort
- Zustand nach septischem Abort
- Operative Eingriffe am Gebärmutterhals
- Uterine Fehlbildungen
- Urogenitale Infektionen im I.Trimenon
- Andere

Empfohlene Maßnahmen:

- Progesteron vaginal
- Laktoferrin
- Kontrolle Zervikometrie
- Andere
- Cerclage
- Pessar (Arabin)

Abstriche

| | Datum | Ergebnis |
|---------------------|-------|----------|
| Vaginale Abstriche | / / | |
| | | |
| Zervikaler Abstrich | / / | |
| | | |
| Harnkultur | / / | |
| | | |

Anmerkungen

.....

VORGEBURTLICHES THROMBOEMBOLISCHES RISIKO

- Zustand nach Ictus
- Zustand nach Lungenembolie
- Zustand nach anderer spezifischer Erkrankung

Thromboprophylaxe nach hämatologischem Konsil

- Z.n. TVT + Hochrisiko-Thrombophilien (Faktor V Homozygose, Faktor II Homozygose, kombinierte Heterozygotien, AT III Defizit, Protein S Defizit, Protein C Defizit, AK Antiphospholipid-Syndrom)
- Wiederholte TVT
- Z.n.TVT; Orale Antikoagulations- Dauertherapie

Sehr hohes Risiko

Hochdosiertes LMWH ab dem I. Trimenon (50%-75% oder volle therapeutische Dose).
Management in Zusammenarbeit mit der Hämatologie.

- Z.n. TVT (ausser einer isolierten TVT im Rahmen eines grösseren chirurgischen Eingriffs)

Hohes Risiko

Prophylaktisch dosiertes LMWH ab dem I. Trimenon. Management
in Zusammenarbeit mit der Hämatologie.

- Z.n. einer isolierten TVT im Rahmen eines grösseren chirurgischen Eingriffs
- Hochrisiko-Thrombophilien (Faktor V Homozygose, Faktor II Homozygose, kombinierte Heterozygotien, AT III Defizit, Protein S Defizit, Protein C Defizit)
- Mütterliche Komorbidität: Tumore, Herzinsuffizienz, LES in aktiver Phase, entzündliche Darmerkrankungen, entzündliche Polyarthropathien, Nephrosisches Syndrom, DM Typ I mit Nephropathie, Sichelzellanämie, aktuelle i.V. Drogenabhängigkeit).
- Chirurgische Eingriffe in der Schwangerschaft
- OHSS (nur im I Trimenon)

Mittleres Risiko

Prophylaktisch dosiertes LMWH ab dem I. Trimenon.

- Adipositas (BMI= oder >30 Kg/m²)
- Alter > 35 Jahre
- Parität ≥ 3
- Rauchen
- Eindeutige Varikosität
- Präeklampsie
- Immobilität (Querschnittslähmung, Schmerzen mit eingeschränkter Mobilität)
- Familienanamnese für TVT (idiopathisch oder östrogenabhängig)- betrifft Verwandte I Grades.
- Niedriges Thrombophilierisiko (Heterozygotie Faktor V, Heterozygotie Faktor II)
- Gemini-Schwangerschaft
- IVF-ET/ICSI

Zeitlich begrenzte Risikofaktoren:

- Dehydratation/ Hyperemesis
- aktuelle Systeminfektionen
- Lange Reisen (> 4 Stunden)

Die Notwendigkeit der thromboembolischen Prophylaxe in der Schwangerschaft oder im Wochenbett wird auf der Basis der Kombination der verschiedenen Risikofaktoren beurteilt (siehe auch Leitlinien RCOG 2020)

Therapeutische Dosen

Enoxaparina (Clexane)

100U/Kg/12h antepartum dann 150U/Kg/die postpartum

Prophylaktische Dosen

< 50 kg: Enoxaparina (Clexane) 2000U/die

50-90 kg: Enoxaparina (Clexane) 4000U/die

90-130 kg: Enoxaparina (Clexane) 6000U/die

130-170 kg: Enoxaparina (Clexane) 8000U/die

> 170 kg: Enoxaparina (Clexane) 60U/kg/die

Kontraindikation für die präpartale Anwendung von LMWH

- Hämophilie oder andere Gerinnungsstörungen (Von Willebrand Syndrom, erworbene Koagulopathien)
- Aktive präpartale Blutung
- Hohes Risiko für starke Blutungen (zB Plazenta praevia)*
- Thrombozytopenie (PLT < 75x10⁹/L)
- In den letzten 4 Wochen ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall
- Schwere Nierenerkrankung (GFR < 30ml/min/1,73 m²)
- Schwere Lebererkrankung (erhöhtes PT oder bekannte Ösophagus-Varizen)
- Nicht eingestellter Bluthochdruck (Systolisch > 200 mmHg, diastolisch > 120 mmHg)

* Für stationär aufgenommenen Patientinnen mit Diagnose einer Plazenta praevia und, allgemein für Schwangere mit hohem Blutungsrisiko, wird eine genaue individuelle Abwägung des thrombo-embolischen und des hämorrhagischen Risikos empfohlen. Wenn möglich, sollten nicht-pharmakologische Methoden der Thromboprophylaxe (wie Stützstrümpfe, ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Vermeidung verlängerter Immobilität) bevorzugt werden.

RISIKO ADIPOSITAS

Wenn BMI ≥ 30 :

- Folsäure 5 mg
- Vitamin D
- Thromboprophylaxe in Betracht ziehen
- Präeklampsie-Prophylaxe mit ASA 150 in Betracht ziehen
- Wöchentliche Gewichtskontrolle
- Wöchentliche Blutdruckkontrolle
- Ernährungsberatung, wenn möglich, im I. Trimenon
- Informationen über Bewegung in der SS
- Informationen über Gewichtszunahme
- OGTT 16-18 SSW
- OGTT 24-28 SSW
- Urintest bei jeder Kontrollvisite
- Leber-, Nieren-, Schilddrüsenwerte im I., II. und III. Trimenon
- Fetale Biometrie 30. und 35. SSW
- Wahl des Geburtsortes
- Anästhesiologische Visite
- Prophylaxe postpartaler Blutung (aktive Betreuung der Nachgeburt)

Wenn BMI ≥ 35 zusätzlich:

- Blutdruck 3x wöchentlich ab der 24. SSW
- Geburtseinleitung vor der 41. SSW in Betracht ziehen
- Programmierte Ultraschallkontrollen zur Beurteilung der fetalen Biometrie ab der 24. SSW
- Konsiliarvisite für Schlafstörungen und Schlafapnoe (symptomatisch)
- Bei zusätzlichen Erkrankungen Vorstellung in einem KH 2. Stufe
- Bei zusätzlichen Erkrankungen postpartale Konsulenz für bariatrische Chirurgie

Wenn BMI ≥ 40 zusätzlich:

- Frühzeitiger morphologischer US
- Elektrokardiogramm zum Screening einer Kardiomyopathie
- Geburtseinleitung vor der 40. SSW
- Postpartale Konsulenz für bariatrische Chirurgie

PROPHYLAXE FÜR ISOIMMUNSIERUNG RH / ALLOIMMUNISIERUNG

Indirekter Coombs-Test

(bei allen Schwangeren indiziert)

I. Trimenon

Datum / /

Negativ

Positiv

Titel _____

Antikörper _____

28. SSW

Datum / /

Negativ

Positiv

Titel _____

Antikörper _____

.....

.....

.....

Anti-D Prophylaxe

Indiziert bei allen Schwangeren mit negativem Rhesusfaktor in der 28. SSW und bei jedem immunisierendem Ereignis.

(Dosierung: < 20. SSW 625 I.E.; > 20. SSW 1500 I.E.)

| | Datum | Unterschrift |
|--------------------------|-------|--------------|
| 28. SSW | / / | |
| Immunisierendes Ereignis | / / | |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |

Anmerkungen _____

.....

HÄMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN

- Thrombozytopenie
 - Hämoglobinopathien (Thalassämie, Sichelzellanämie)
 - Schwere Anämie
 - Anderes
-
-

SCHILDRÜSENFUNKTION

TSH-Dosierung

Im I. Trimenon bei allen Schwangerschaften indiziert. Wiederholung im II. und III. Trimenon bei Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes Mellitus Typ I und Adipositas

| I. Trimenon | II. Trimenon | III. Trimenon |
|-------------|--------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Therapie

.....

Endokrinologisches Konsil

.....

Anderes

.....

.....

PSYCHOLOGISCHER UND EMOTIONALER ZUSTAND

- Vorangegangene oder aktuelle psychiatrische Erkrankung
- Zustand nach postpartaler Depression
- Soziale Belastung
- Drogen/Alkohol Missbrauch
- Alter < 18 Jahre
- Andere

Fragen nach Whooley modifiziert

I. Trimenon

- Ich erlebe meine Schwangerschaft positiv
- Im letzten Monat fühlte ich mich traurig oder depressiv
- Im letzten Monat habe ich das Interesse und die Freude verloren, etwas zu tun
- Ich brauche Hilfe

II. Trimenon

- Ich erlebe meine Schwangerschaft positiv
- Im letzten Monat fühlte ich mich traurig oder depressiv
- Im letzten Monat habe ich das Interesse und die Freude verloren, etwas zu tun
- Ich brauche Hilfe

III. Trimenon

- Ich erlebe meine Schwangerschaft positiv
- Im letzten Monat fühlte ich mich traurig oder depressiv
- Im letzten Monat habe ich das Interesse und die Freude verloren, etwas zu tun
- Ich brauche Hilfe

Anmerkungen

.....

.....

BLUTBEFUNDE UND KONTROLLEN



BLUTPROBEN, SEROLOGIE UND MIKROBIOLOGIE: LEA (ESSENTIELLE BETREUUNGSEBENE) FÜR DIE PHYSIOLOGISCHE SCHWANGERSCHAFT

18-3-2017 gewöhnliche Ergänzung Nr. 15 im Amtsblatt allgemeine Reihe Nr. 65

I. TRIMENON

M07-M13

BLUTBILD

Anti-eritrozytäre Antikörper (Indirekter Coombs-Test)

Blutzucker

Röteln IgG

Toxo-Antikörper IgG und IgM

Treponema Pallidum

HIV 1-2

Harnstatus

Harnkultur

Falls nicht vor der Schwangerschaft durchgeführt.

Blutgruppe

Hämoglobinopathien

Bei bekannten Risikofaktoren:

Hepatitis C (HCV)

Molekularscreening der Zervixkeime

Vaginaler Abstrich

Bei Verdacht auf akute Infektion:

Röteln IgG und IgM

M09- M13

Free beta-HCG und PAPP-A Nur bei geplanter Nackenfaltentransparenz (88.78.3 NT-Ultraschall)

Diese Untersuchungen sind nicht ticketbefreit, werden aber im Betreuungspfad der Schwangerschaft der Provinz empfohlen

TSH AST ALT yGT Kreatinin Ferritin CMV IgG IgM

HBsAg HCV Windpocken IgG IgM

ZWEITES TRIMENON

M14-M18

Bei nicht immunen Schwangeren

Röteln IgG und IgM Toxoplasmose IgG und IgM

Wenn indiziert

OGTT

M19-M23

Wenn seronegativ

Toxoplasmose IgG und IgM

M24-M27

Harnstatus

Wenn seronegativ

Toxoplasmose IgG und IgM

Wenn indiziert

OGTT

DRITTES TRIMENON

M28-M32

ICT

Blutbild

Wenn seronegativ

Toxoplasmose IgG und IgM

M33-M37

Blutbild

Harnstatus

Treponema Pallidum

HBsAg

HIV

Vagino-Rektaler Abstrich GBS

Wenn seronegativ

Toxoplasmose IgG und IgM

Bei Bakteriurie oder Leukozyturie oder anderen Hinweisen auf einen Harnwegsinfekt

Harnkultur

! Alle geburtshilflichen Untersuchungen sind ticketbefreit

IMMUNO-SEROLOGISCHE BEFUNDE

| | I. Trimenon | | III. Trimenon | |
|----------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| LUES-Serologie | <input type="checkbox"/> Positiv | <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv | <input type="checkbox"/> Negativ |
| HIV | <input type="checkbox"/> Positiv | <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv | <input type="checkbox"/> Negativ |
| HbsAg | <input type="checkbox"/> Positiv | <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv | <input type="checkbox"/> Negativ |
| HCV | <input type="checkbox"/> Positiv | <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv | <input type="checkbox"/> Negativ |

| | Datum | IgG | IgM |
|-----------|-------------|--|--|
| Rubeltest | I. Trimenon | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ |
| | 16. SSW | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ |

| | Datum | IgG | IgM |
|--------------|-------|--|--|
| Toxoplasmose | / / | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ |
| | / / | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ |
| | / / | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ |
| | / / | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ |
| | / / | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ |
| CMV | / / | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ |
| Windpocken | / / | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ |
| Mumps | / / | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ |

BAKTERIOLOGISCHE BEFUNDE UND ABSTRICHE

Scheiden-, Zervixabstriche

| Datum | |
|-------|--|
| / / | |
| / / | |
| / / | |
| / / | |

Harnkultur

| Datum | |
|-------|--|
| / / | |
| / / | |
| / / | |
| / / | |

VAGINAL-REKTALER ABSTRICH FÜR STREPTOKOKKEN B

Datum / / Positiv Negativ

Weitere Befunde _____

KONTROLLEN IN DER SCHWANGERSCHAFT

Zusammenfassung der Risikofaktoren

Para L.R.

| Datum | / / | / / | / / | / / |
|--------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| SSW | | | | |
| RR | | | | |
| Gewicht | | | | |
| Symphysen- Fundus- Abstand | | | | |
| Untersuchung/ FOT | | | | |
| Herztöne/ kindliche Bewegungen | | | | |
| Ödeme/Varizen | | | | |
| Anmerkungen | | | | |
| Therapie | | | | |
| Unterschrift | | | | |
| Befunde | | | | |
| Hb/Ery | | | | |
| Urin/ Harnkultur | | | | |
| Blutzucker | | | | |
| TSH | | | | |
| ICT | | | | |
| Anderes | | | | |

E. T. _____

korr. E. T. _____

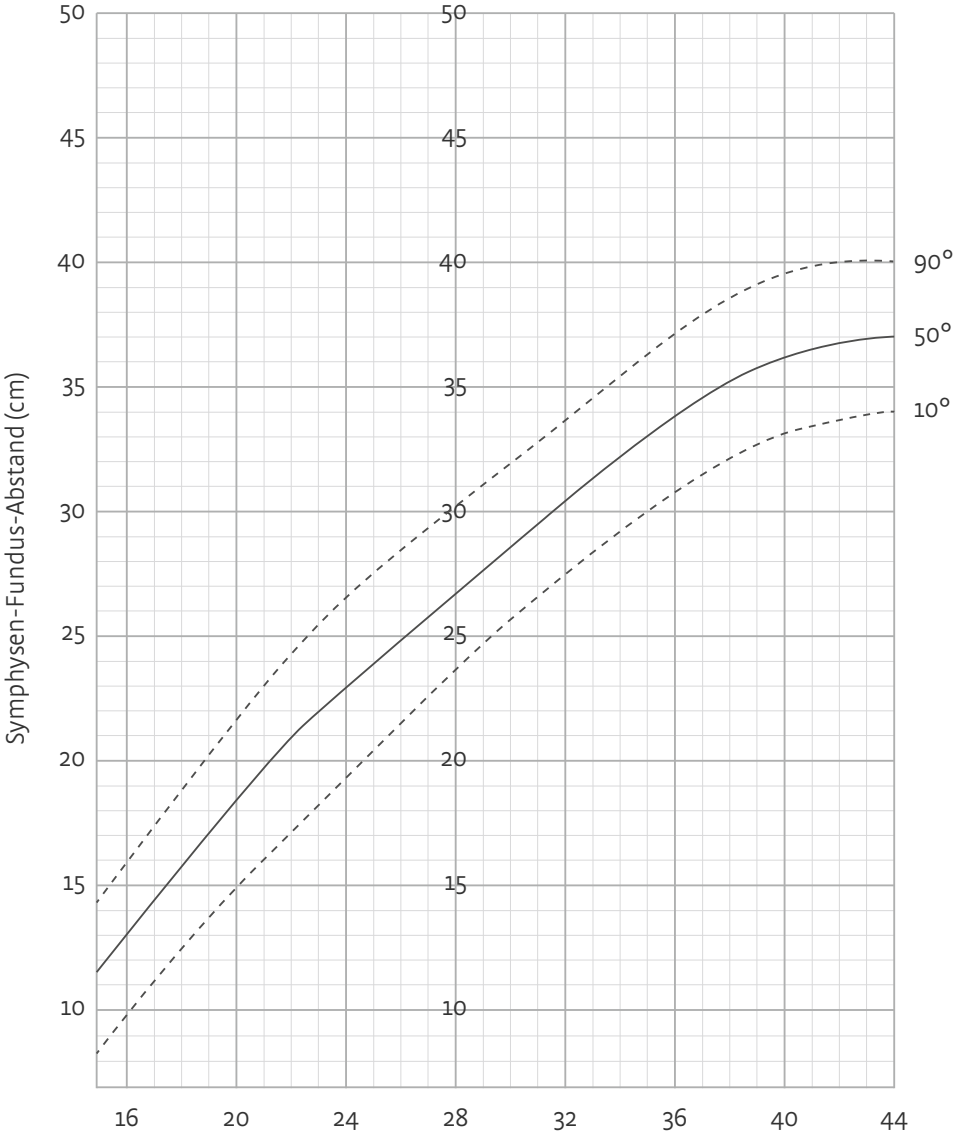
/ /

/ /

/ /

/ /

SYMPHYSEN-FUNDUS-ABSTAND



Schwangerschaftswochen

Nach Cardiff Daten (Calvert J.P. et al BMJ 285: 846-47)

TERMINKONTROLLEN

| Datum | / / | / / | / / | / / |
|--------------|-----|-----|-----|-----|
| SSW | | | | |
| Gewicht | | | | |
| Untersuchung | | | | |
| CTG | | | | |
| US/FW | | | | |
| RR | | | | |
| Anmerkungen | | | | |
| Unterschrift | | | | |

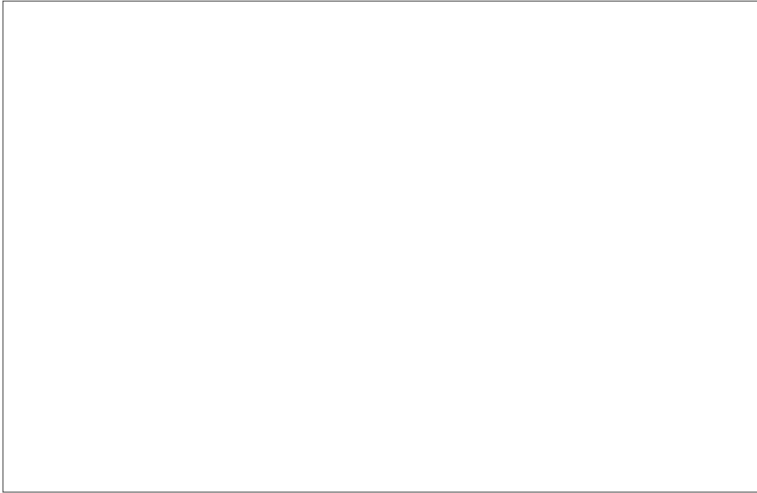
BLUTBEFUNDE & KONTROLLEN
IN DER SS

| / / | / / | / / | / / | / / |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

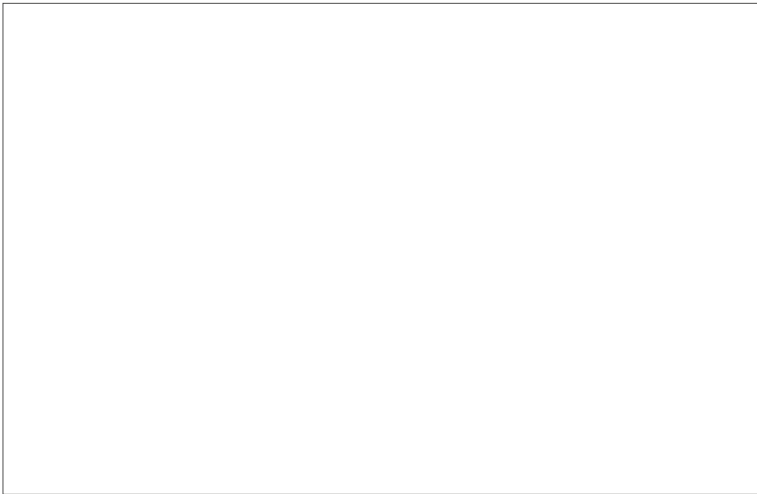
ULTRASCHALL



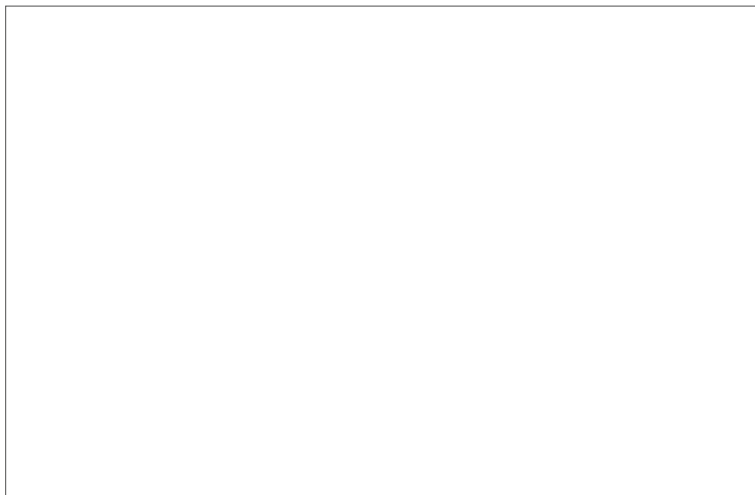
PLATZ FÜR EVTL. ULTRASCHALL-ETIKETTEN



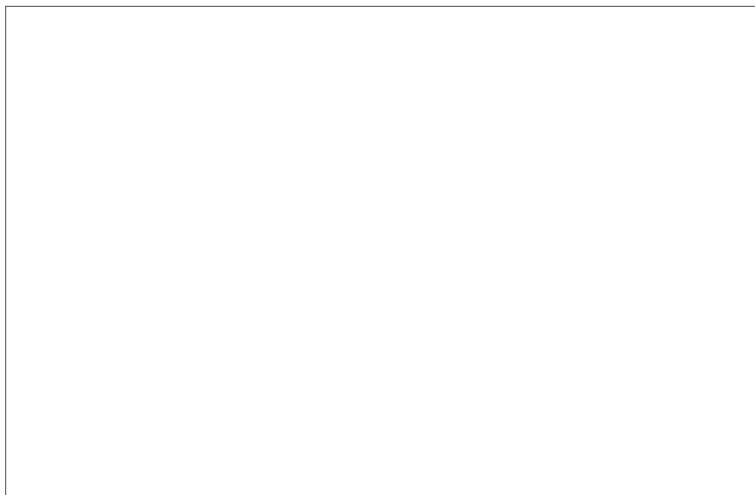
SSW 8-10 (ticketbefreit)



SSW 20 (ticketbefreit)



SSW 30 (nur bei Indikation ticketbefreit)



SSW 35 (ticketbefreit)

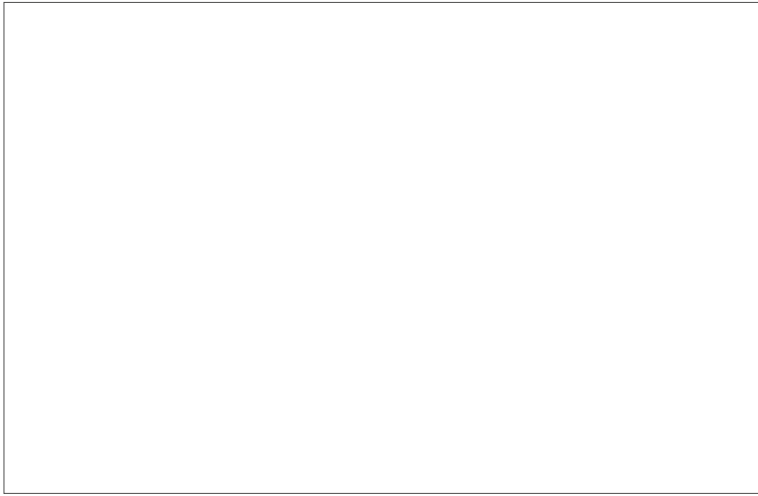
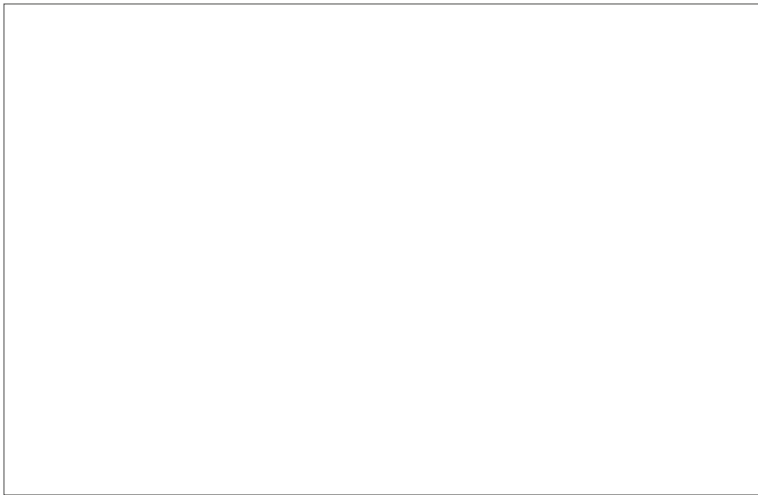
Zusätzliche Ultraschall-Untersuchungen

A series of horizontal dotted lines for taking notes on additional ultrasound examinations.

GEBURT UND WOCHENBETT



PLATZ FÜR EVTL. GEBURTS-ETIKETTEN

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for pasting birth labels.A second large, empty rectangular box with a thin black border, identical to the one above, for pasting birth labels.

GEBURT

Datum / / SSW

Extern entbunden Geplante Hausgeburt

Geburtseinleitung Mechanisch Prostaglandine Oxytocin Amniotomie

Indikation

| Uhrzeit | 1. Kind | | | 2. Kind | | |
|--------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> W | | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> W | |
| Kindslage | <input type="checkbox"/> SL | <input type="checkbox"/> BEL | <input type="checkbox"/> QL | <input type="checkbox"/> SL | <input type="checkbox"/> BEL | <input type="checkbox"/> QL |
| Geburtsmodus | <input type="checkbox"/> Spontan | <input type="checkbox"/> VE | <input type="checkbox"/> Sectio | <input type="checkbox"/> Spontan | <input type="checkbox"/> VE | <input type="checkbox"/> Sectio |

| Indikation | 1. Kind | 2. Kind |
|---------------------------------------|---|---|
| Schmerz- linderung oder Narkose | <input type="checkbox"/> Vollnarkose <input type="checkbox"/> Lokalanästhesie <input type="checkbox"/> Spinalanästhesie <input type="checkbox"/> Epiduralanästhesie <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Pharmakologisch | <input type="checkbox"/> Vollnarkose <input type="checkbox"/> Lokalanästhesie <input type="checkbox"/> Spinalanästhesie <input type="checkbox"/> Epiduralanästhesie <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Pharmakologisch |

| | | |
|----------------------|----|----|
| Gewicht | g | g |
| Länge | cm | cm |
| Kopfumfang | cm | cm |
| Apgar 1 Min. | | |
| Apgar 5 Min. | | |
| pH (Nabelarterie) | | |

1 h pausenlos skin to skin

Nabelschnurblutspende Ja Nein

Damm

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Intakt | <input type="checkbox"/> DR IIIb oder c |
| <input type="checkbox"/> DR I | <input type="checkbox"/> DR IV |
| <input type="checkbox"/> DR II | <input type="checkbox"/> Tiefer Scheidenriss |
| <input type="checkbox"/> DR IIIa | <input type="checkbox"/> Zervixriss |
| <input type="checkbox"/> Episiotomie | |

Indikation

Anderes

Komplikationen

- Postpartale Blutung
 - Fieber
 - Unvollständige Nachgeburt
 - Hypertensive Komplikationen
 - Fehlende Nachgeburt
 - Andere
-
-

WOCHENBETT

Physiologisches Wochenbett

- Ja Nein

Komplikationen

.....

.....

Hb RR

Blutgruppe des Neugeborenen

- Anti-D Prophylaxe Ja Nein

Ernährung des Neugeborenen

- Muttermilch
- Gemischt
- Künstliche Milch
- Milchpumpe
- Medikamentöses Abstillen (Cabergolin)

Anderes

.....

ENTLASSUNG

Mutter und Neugeborenes entlassen am / /

Mutter entlassen am / / Neugeborenes entlassen am / /

Geschützte Entlassung

Ja Nein

Indikation

Vorgesehene Kontrollen

- Hebammenvisite
- Gynäkologische Kontrolle 6 Wochen nach der Geburt
- Andere

Verschriebene Therapie

- Niedermolekulares Heparin
- Eisen und Nahrungsergänzungsmittel
- Andere

Verschriebene Blutbefunde

- Blutbild am
- OGTT 6 Wochen nach der Geburt
- ICT 6 Monate nach der Geburt
- TSH am
- Andere

Empfohlene Impfungen

- Röteln
- MMR-V
- dTpa
- Hepatitis B

DATEN FÜR CEDAP (GEBURTSBESCHEINIGUNG)

Bei der Beurteilung des geburtshilflichen Risikos im III Trimenon auszufüllen.

Die in der SS vornehmlich in Anspruch genommene

Dienstleistungsstelle

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprengel | <input type="checkbox"/> Öffentliches KH-Ambulatorium |
| <input type="checkbox"/> Privatpraxis | <input type="checkbox"/> Private Familienberatungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Öffentliche Familienberatungsstelle | <input type="checkbox"/> Keine Dienstleistung in Anspruch genommen |

Professionelle Figur, die die Schwangere vorwiegend betreut hat

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hebamme | <input type="checkbox"/> Frauenarzt/ärztin |
| <input type="checkbox"/> Frauenarzt/ärztin und Hebamme | <input type="checkbox"/> Hausarzt/Hausärztin |
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Unbekannt |

Schwangerschaftsverlauf

- Physiologisch
- Pathologisch aufgrund einer vorherbestehenden mütterlichen Erkrankung
- Pathologisch aufgrund einer in der SS aufgetretenen mütterlichen Erkrankung
- Pathologisch aufgrund einer fetalen Pathologie

RUND UM DIE GEBURT

Screening

I. Trimenon

Kodex

Datum

/ /

Unterschrift

Anmerkungen

III. Trimenon

Kodex

Datum

/ /

Unterschrift

Anmerkungen

Bei der Aufnahme

Kodex

Datum

/ /

Unterschrift

Anmerkungen



**Weitere Informationen
rund um die Geburt**