

Patient

- 1. Patienten-Nummer
- 2. Einling / Anzahl Mehrlinge lfd. Nr. Mehrling
- 3. geboren am Uhrzeit
- 4. Geschlecht M W Geb.-Gewicht g
- 5. errechneter Geburtstermin (TT MM JJ)
- 6. Reifealter (kompl. Wochen)
- 7. Postleitzahl des Wohnortes

Name des Kindes

Aufnahme

- 8. Aufnahme datum Uhrzeit
- 9. Aufnahme von
(Nr. s. Liste; 998 = zu Hause)
- 10. Körpertemperatur °C , Gewicht g
- 11. Länge cm Kopfumfang cm
- 12. Bilirubin (aufnahmeentscheidender Wert)
 , mg/dl oder , umol/l
- 13. CRIB-Score ausfüllen,
nur wenn Geburtsgewicht < 1500 g und keine letalen Fehlbildungen !!
Fehlbildungen (lt. Liste siehe Rückseite) 0=keine 1=leichte
3=schwere 4=letale
i. d. ersten 12 Lebensstunden gemessenes
größtes Basendefizit mmol/l (98 = nur pos. Wert gem.)
minimaler FIO2 über 15 min ,
maximaler FIO2 über 15 min ,

Diagnostik / Therapie

- 14. Sauerstoff-Zufuhr jegl. Art nach Aufnahme nein ja
wenn ja: Beginn TT MM JJ
endgültige Beendigung TT MM JJ
- 15. maschinelle Beatmung durchgeführt
(nicht CPAP) nein ja
wenn ja: Beginn TT MM JJ
endgültige Beendigung TT MM JJ
endg. Beendigung jegl. Atemhilfe TT MM JJ
(CPAP im Anschluß an masch. Beatmung)
Pneumothorax während Beatmung nein ja
- 16. Sepsis nein ja
wenn ja: Beginn TT MM JJ
Erreger lt. Kat. in Blut, Liquor oder Urin
typische klinische Symptomatik nein ja
höchstes gemessenes CrP (mg/dl) ,
höchster ermittelter I/T-Quotient ,
wenn 2. Sepsis: Erreger lt. Kat.
wenn 3. Sepsis: Erreger lt. Kat.
(00 = kein Erreger nachgewiesen)
- 17. Antibiotika, systemisch nein ja
- 18. perinatale Hypoxie / Ischämie (Asphyxie) nein ja
HIE nein ja
wenn ja und Tragzeit > 36 SSW:
Krampfanfälle
(1 = nein; 2 = ja; 3 = therapieresistent)
jeweils schlechtester Befund vom 2. - 4. Lebenstag für:
Bewußtseinslage
(1 = wach; 2 = schläfrig o. hyperexzitable; 3 = nicht weckbar)
Muskeltonus
(1 = normal; 2 = erniedrigt; 3 = schlaff)
Saugreflex
(1 = normal; 2 = abgeschwächt; 3 = erloschen)
Mororeaktion
(1 = normal; 2 = gesteigert; 3 = abgeschwächt)
erstes EEG TT MM JJ
wenn durchgeführt: Befund
(1 = normal; 2 = pathologisch; 3 = schwer pathologisch)

- 19. Schädelsonogramm nein ja
wenn durchgeführt:
IVH nein ja
wenn ja: max. Stadium (Stadium 1-4)
PVL nein ja
- 20. Ophthalmologische Untersuchung nein ja
wenn durchgeführt:
Datum der Erstuntersuchung TT MM JJ
Retinopathie nein ja
wenn ja: max. Stadium (Stadium 1-5)
- 21. apparatives Hörscreening nein ja
auffällig nein ja
- 22. Operation(en) während des stat. Aufenthaltes nein ja
wenn ja: wegen Diagnose(n) nach ICD-10

Entlassung / Verlegung

- 23. Zwischenzeitlich verlegt Datum TT MM JJ
in Kinderklinik
Wiederaufnahme Datum TT MM JJ
- 24. Aufenthalt beendet Datum TT MM JJ
Grund: (1 = Entl. nach Hause, 2 = Zurückverl. in geburts-
hilfliche Abl., 3 = Verl. in and. Klinik / Abteilung, 4 = Tod)
Gewicht g
Länge cm
Kopfumfang cm
wenn verlegt:
in Klinik
(Nr. s. Liste)
wenn verstorben:
Uhrzeit

Todesursache (Diagnose nach ICD-10):

Autopsie nein ja

- 25. weitere Diagnosen (nach ICD-10)

(-- = nicht gemessen; nicht bestimmt oder nicht durchgeführt)

und ausreichend ausdrucken.