

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.