



Mutterpass

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL  PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA 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 Föten bei Beckenendlage	/ /	
Stillförderung	/ /	
	Datum	Ort
Geburtsvorbereitungskurs	/ /	
Anästhesiologische Visite	/ /	
Gespräch Nabelschnurblutspende	/ /	

Empfohlene Impfungen in der Schwangerschaft

	Datum
Tetanus-Diphterie-Keuchhusten (für alle Schwangeren in der 28.-32.SSW)	/ /
Grippeimpfung Für alle Schwangeren (in der Grippesaison)	/ /

RUND UM DIE GEBURT

Screening

I. Trimenon

Kodex	Datum / /	Unterschrift
-------	--------------	--------------

Anmerkungen

III. Trimenon

Kodex	Datum / /	Unterschrift
-------	--------------	--------------

Anmerkungen

Bei der Aufnahme

Kodex	Datum / /	Unterschrift
-------	--------------	--------------

Anmerkungen

DATEN FÜR CEDAP (GEBURTSBESCHEINIGUNG)

Bei der Beurteilung des geburtshilflichen Risikos im III Trimenon auszufüllen.

Die in der SS vornehmlich in Anspruch genommene

Dienstleistungsstelle

☐ Sprengel	☐ Öffentliches KH-Ambulatorium
☐ Privatpraxis	☐ Private Familienberatungsstelle
☐ Öffentliche Familienberatungsstelle	☐ Keine Dienstleistung in Anspruch genommen

Professionelle Figur, die die Schwangere vorwiegend betreut hat

☐ Hebamme	☐ Frauenarzt/ärztin
☐ Frauenarzt/ärztin und Hebamme	☐ Hausarzt/Hausärztin
☐ Keine	☐ Unbekannt

Schwangerschaftsverlauf

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

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.

Staatsangehörigkeit

Telefon Handy

Muttersprache

Anfrage einer Mediatorin ☐ Ja ☐ Nein

Erwerbstätigkeit

Berufstätigkeit

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ berufstätig | ☐ Studentin |
| ☐ arbeitslos | ☐ Hausfrau |
| ☐ auf der Suche nach einer Erstanstellung | ☐ Anderes |

Beschäftigungsverhältnis

- | | |
|--|---|
| ☐ Unternehmerin | ☐ andere autonome Arbeit |
| ☐ Freiberuflerin | ☐ Abhängiges Arbeitsverhältnis: Arbeiterin |
| ☐ Abhängiges Arbeitsverhältnis: Führungskraft | ☐ Militär, Ordnungskräfte, Ordensleute |
| ☐ Abhängiges Arbeitsverhältnis: Angestellte | ☐ Nie einer festen Arbeit nachgegangen |

Studententitel

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

Mutterschaftsurlaub ☐ Ja ☐ Nein

Beginn mit Schwangerschaftswochen

Familienstand

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| ☐ Ledig | ☐ Getrennt | ☐ Geschieden | ☐ Verwitwet | ☐ Alleinstehend |
| ☐ Unbekannt | | | | |
| ☐ Verheiratet: Heiratsdatum | / | / | | |

Suchtverhalten

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

DATEN DES VATERS

Nachname _____ Name _____

Geburtsdatum / / Geburtsort _____

Prov. _____ Land _____

Wohnsitzgemeinde _____ Prov. _____

Telefon _____ Handy _____

Erwerbstätigkeit

Berufstätigkeit

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

Beschäftigungsverhältnis

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

Studentitel

- | | |
|---|---|
| ☐ Universitätsabschluss/Dokortitel | ☐ Mittelschulabschluss |
| ☐ Hochschulabschluss oder dreijähriges Kurzstudium | ☐ Grundschulabschluss |
| ☐ Oberschulabschluss | ☐ 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

- | | |
|--|--|
| ☐ Diabetes mellitus Typ 1 | ☐ Genetische Pathologien oder Fehlbildungen |
| ☐ Diabetes mellitus Typ 2 | ☐ Mutter mit Präeklampsie |
| ☐ Arterieller Bluthochdruck | ☐ Angeborene Herzerkrankungen |
| ☐ Thromboembolie | ☐ Andere Erkrankungen |
| ☐ 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 ☐ Diamniotisch
☐ Zwillings-SS ☐ Drillings-SS
 Andere

☐ Reproduktionsmedizin		
☐ IUI	☐ IVF ☐ ICSI ☐ GIFT ☐ Andere	☐ Ovarialstimulation
☐ Homolog	Heterolog ☐ Männlich ☐ Weiblich	☐ Embryodonation
☐ Frischer Zyklus	☐ KryoET	☐ Präimplantationsdiagnostik (PID)

Folsäure

☐ Präkonzeptionell	☐ Innerhalb des I. Trimenons
☐ Nach dem I. Trimenon	☐ Nicht eingenommen

PARA / / /

Vorausgegangene Geburten

Jahr	SSW	Geschlecht	Gewicht	Entbindungsart

Fehlgeburten/Abbrüche

Jahr	SSW	Gewicht	Modalität

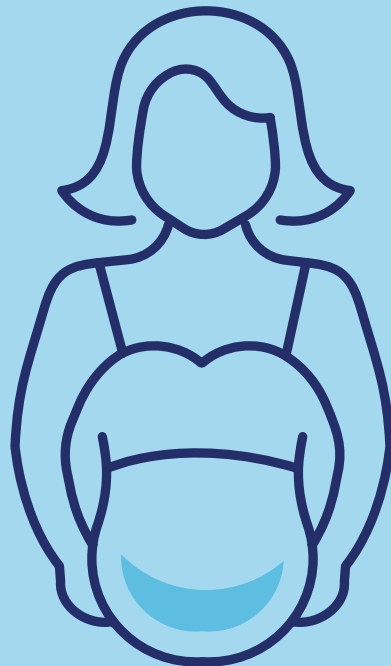
Anmerkungen

.....

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

.....

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

Ticketbefreit

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

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

NIPT

- ☐ Niederes Risiko
☐ Hohes Risiko

Invasive Untersuchung

	Datum	Ergebnis
☐ CVS	/ /	
☐ Amniozentese	/ /	
☐ Chordozentese	/ /	

Anti-D ☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen

.....

.....

.....

METABOLISCHES RISIKO

GESTATIONS DIABETES

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
- ☐ Cerclage
- ☐ Laktoferrin
- ☐ Pessar (Arabin)
- ☐ Kontrolle Zervikometrie
- ☐ Andere

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
- Lange Reisen (> 4 Stunden)
- aktuelle Systeminfektionen

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	28. SSW
Datum / /	Datum / /
☐ Negativ	☐ Negativ
☐ Positiv	☐ Positiv
Titel _____	Titel _____
Antikörper _____	Antikörper _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Anti-D Prophylaxe

Indiziert bei allen Schwangeren mit negativem Rhesusfaktor in der 28. SSW und bei jedem immunisierenden 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
-
-

SCHILDDRÜSENFUNKTION

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

.....

.....

ANDERES

Lined area for notes, consisting of 24 horizontal dotted lines.

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

Mo7-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

Mo9- 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	☐ Positiv	☐ Negativ	☐ Positiv	☐ Negativ
HIV	☐ Positiv	☐ Negativ	☐ Positiv	☐ Negativ
HbsAg	☐ Positiv	☐ Negativ	☐ Positiv	☐ Negativ
HCV	☐ Positiv	☐ Negativ	☐ Positiv	☐ Negativ

	Datum	IgG	IgM
Rubeltest	I. Trimenon	☐ Positiv ☐ Negativ	☐ Positiv ☐ Negativ
	16. SSW	☐ Positiv ☐ Negativ	☐ Positiv ☐ Negativ

	Datum	IgG	IgM
Toxoplasmose	/ /	☐ Positiv ☐ Negativ	☐ Positiv ☐ Negativ
	/ /	☐ Positiv ☐ Negativ	☐ Positiv ☐ Negativ
	/ /	☐ Positiv ☐ Negativ	☐ Positiv ☐ Negativ
	/ /	☐ Positiv ☐ Negativ	☐ Positiv ☐ Negativ
	/ /	☐ Positiv ☐ Negativ	☐ Positiv ☐ Negativ
CMV	/ /	☐ Positiv ☐ Negativ	☐ Positiv ☐ Negativ
Windpocken	/ /	☐ Positiv ☐ Negativ	☐ Positiv ☐ Negativ
Mumps	/ /	☐ Positiv ☐ Negativ	☐ Positiv ☐ 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.

kor. E. T.

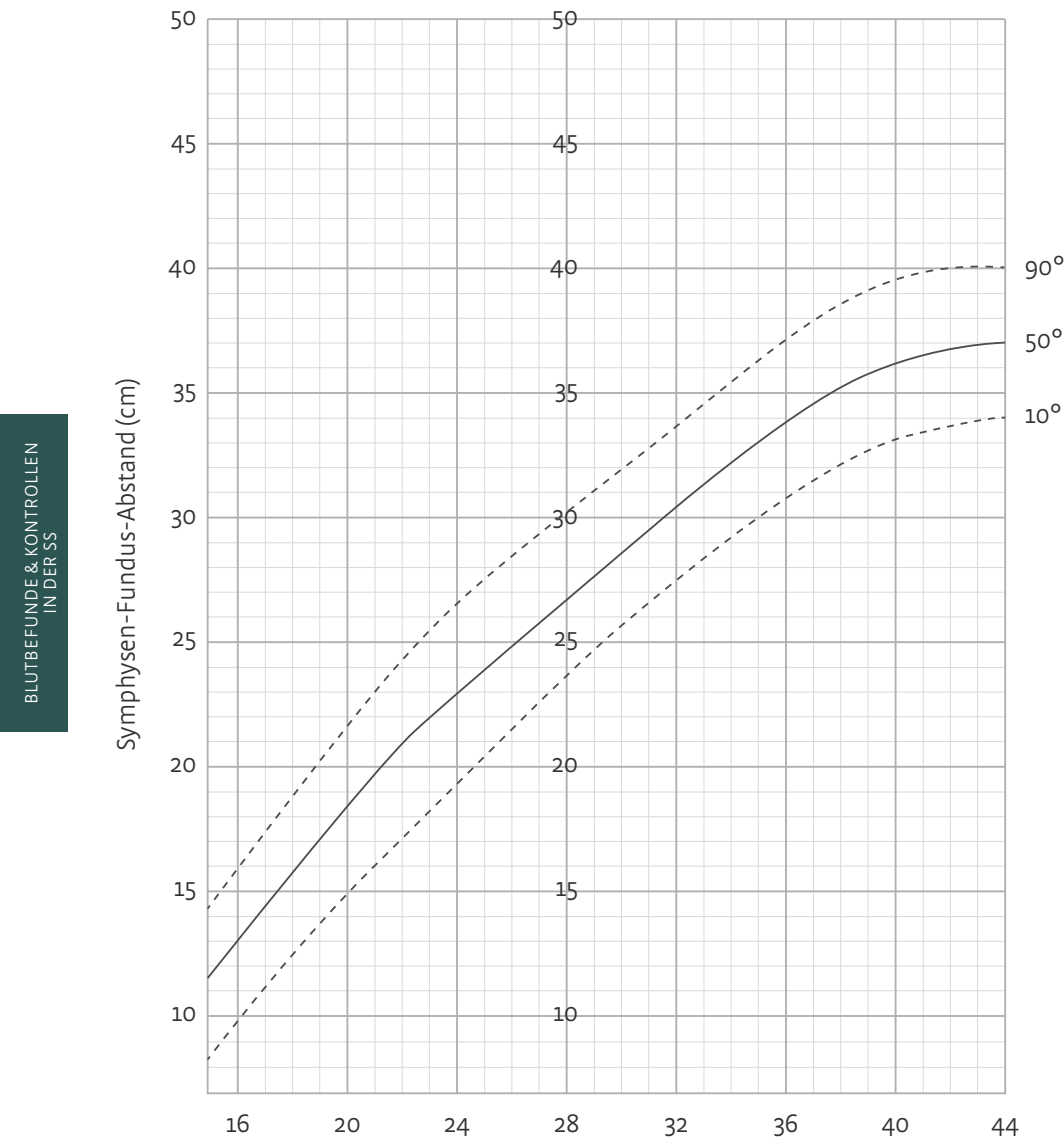
/ /

/ /

/ /

/ /

SYMPHYSEN-FUNDUS-ABSTAND



Schwangerschaftswochen

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

Anmerkungen / stationäre Aufnahme

BLUTBEFUNDE & KONTROLLEN IN DER SS

TERMINKONTROLLEN

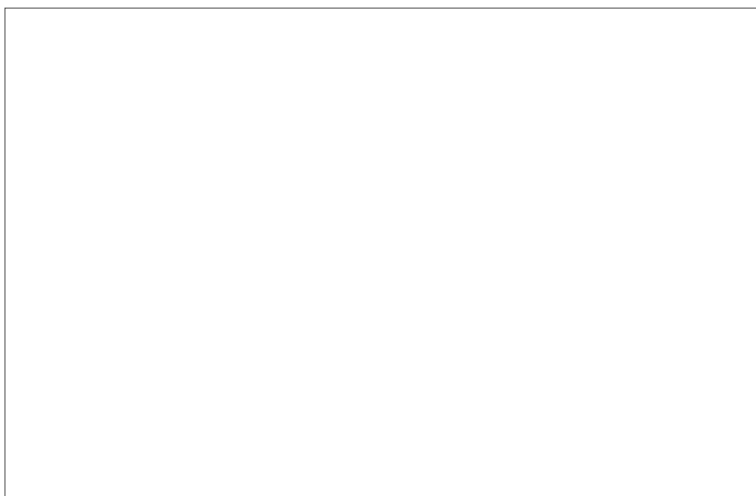
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /
SSW				
Gewicht				
Untersuchung				
CTG				
US/FW				
RR				
Anmerkungen				
Unterschrift				

/	/	/	/	/

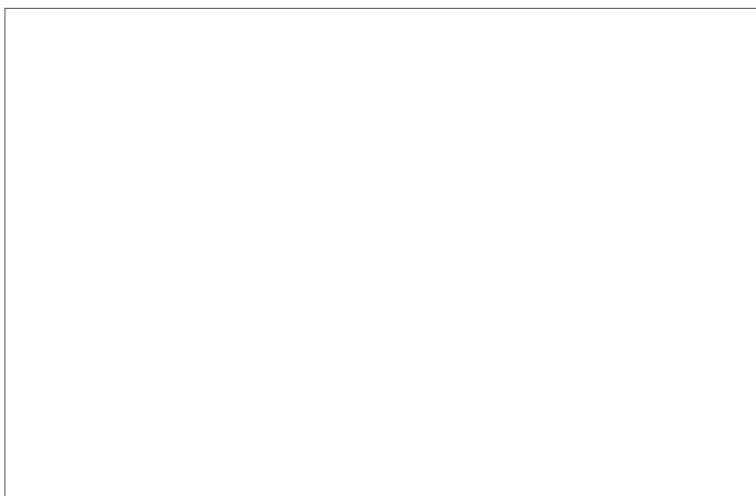
ULTRASCHALL



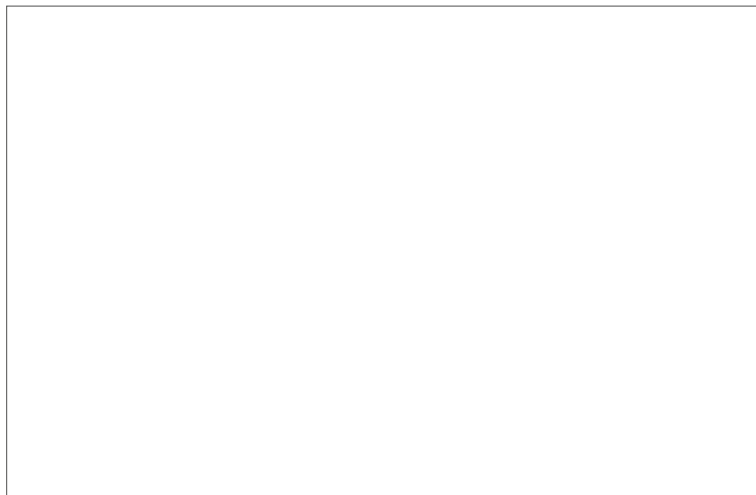
PLATZ FÜR EVTL. ULTRASCHALL-ETIKETTEN



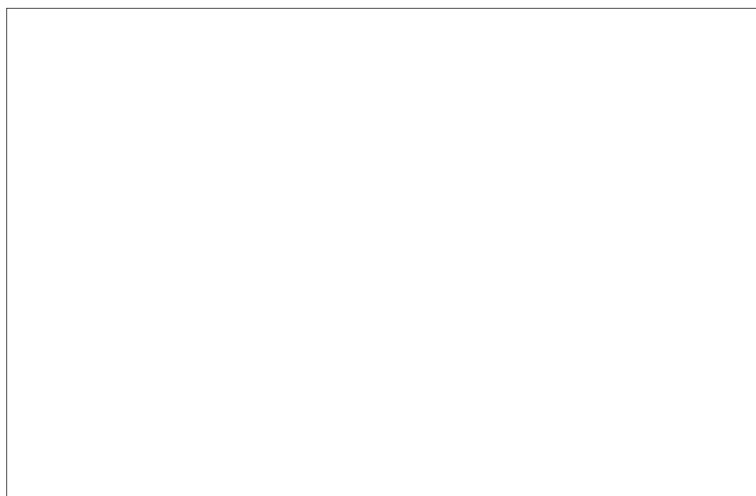
SSW 8-10 (ticketbefreit)



SSW 20 (ticketbefreit)



SSW 30 (nur bei Indikation ticketbefreit)



SSW 35 (ticketbefreit)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

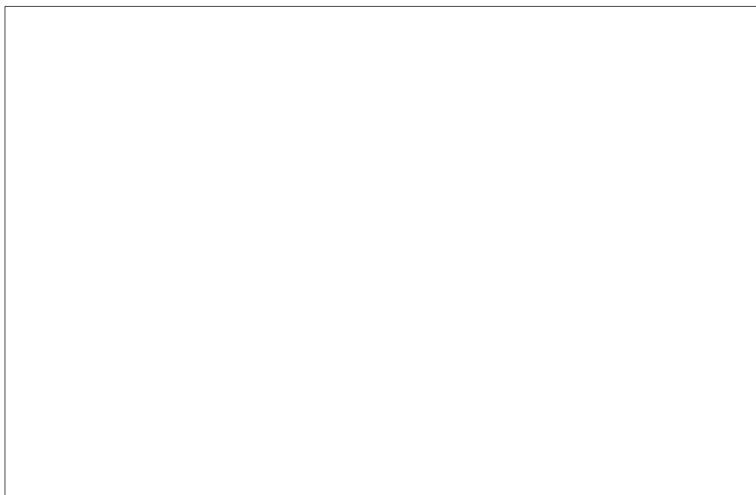
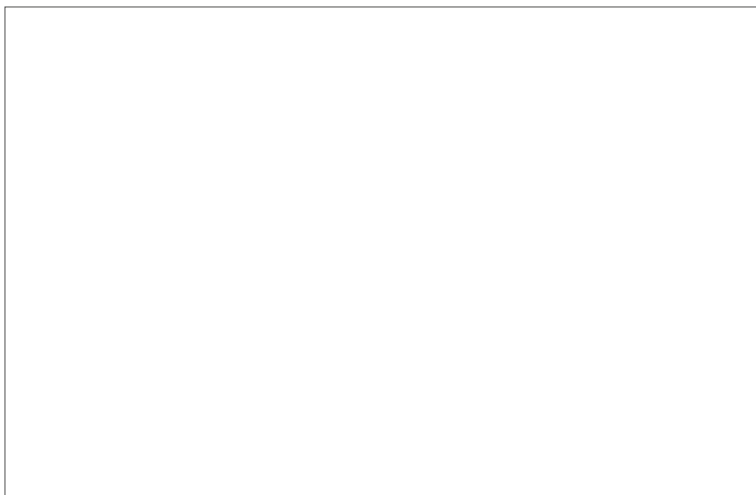
Anmerkungen

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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 UND WOCHENBETT

☐ Geplante Hausgeburt

Indikation _____

Indikation _____

49

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 | ☐ Milchpumpe |
| ☐ Gemischt | ☐ Medikamentöses Abstillen (Cabergolin) |
| ☐ Künstliche Milch | |

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 | ☐ dTpa |
| ☐ MMR-V | ☐ Hepatitis B |



**Weitere Informationen
rund um die Geburt**