

Qualitätssicherung Geburtshilfe

Basisdokumentation zur Mutter

Klinik-Nr Geburtenbuchnummer

Anzahl der Mehrlingskinder Laufende Nummer des Mehrlingskindes

In das Krankenhaus weitergeleitete Hausgeburt/Praxisgeburt: ja nein

Ungeplante Außengeburt: ja nein

Alter der Mutter Aufnahme datum, das zur Geburt führt 20

Aktueller Wohnort Land PLZ

Vorausgegangene Schwangerschaften

Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften davon Lebendgeburten

davon Todgeburten

davon vorausg. Sektionen

davon vag. op. Entbindung

Jetzige Schwangerschaft

Berechneter/korrigierter Geburtstermin 20 nicht bekannt

Rauchen im letzten Trimester (nach der 28. SSW) Ja Nein

Körpergewicht vor der Schwangerschaft kg Größe cm

Letztes Gewicht vor der Geburt kg

Schwangerschaftsrisiken

Bestehen Schwangerschaftsrisiken? Ja Nein

Wenn ja: von kindlicher Seite

- Wachstumsretardierung [Def: EFG < 10 p. UND auffälliger fetaler Doppler]
- Geschätztes Fetalgewicht EFG > 4500g
- Fetale Auffälligkeiten
- Mehrlinge Zwillinge DCDA Zwillinge MCDA Zwillinge MCMA
- Höhergradige Mehrlinge
- Blutgruppen Ak

Wenn ja: von mütterlicher Seite

- Vorangegangene OP's Z.n. Sectio
- Uterus Konisation
- Myometrane OP [Myomenukleation, Uterus Myomatosus, OP bei Uterusfehlbildungen]
- Bauchraum [AE bitte nicht berücksichtigen]
- Thoraxraum

Vorangegangene OP's [NUR für die SS relevante OP's]	<input type="checkbox"/> Kopf/Hals [TE bitte nicht berücksichtigen] <input type="checkbox"/> Skelett [Wirbelsäule und Becken]
Vorerkrankungen [NUR für die SS relevante Erkrankungen]	<input type="checkbox"/> IDDM / Endokrinologisch <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Thrombotische Risiken <input type="checkbox"/> Substitutionsprogramm <input type="checkbox"/> Nephrologie <input type="checkbox"/> Maternale Malignome
Gestationsdiabetes während der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Diätetisch behandelter GDM (GDM A) <input type="checkbox"/> Insulin/Metforminpflchtiger GDM (GDM A/B) <input type="checkbox"/> Auffälliger oGTT nicht weiter abgeklärt
Präeklampsie / Blutdruck- veränderungen	<input type="checkbox"/> SIH [Def.: RR>140/90 NACH der SSW 20] <input type="checkbox"/> Präeklampsie [Def.: RR>140/90 ± Proteinurie ± klinische Symptome] <input type="checkbox"/> HELLP [Def.: Hämolyse + Elevated Liver enzymes + Low Platelets] <input type="checkbox"/> Eklampsie
Plazentalage / Uterusnarbe	<input type="checkbox"/> Plazenta Prävia (alle Formen) <input type="checkbox"/> Vasa Prävia <input type="checkbox"/> Plazenta deckt die Uterusnarbe <input type="checkbox"/> V.a. Morbidly adherent placenta (Placenta increta und percreta)
Vorzeitige Wehen / Cervixinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Cervix < 25mm vor 34. SSW <input type="checkbox"/> Fruchtblasenprolaps <input type="checkbox"/> Cerclage
Infektionen: frische und behandelte Infektionen in der SS	<input type="checkbox"/> Strep B pos <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Varicellen <input type="checkbox"/> CMV Serokonversion vor der SSW 23 <input type="checkbox"/> Chlamydien
Unbetreute Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> (Keine Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen)

Lungenreifebehandlung

Gab es eine Lungenreifebehandlung? Ja Nein

Erstgabe am 20

Äußerer Wendungsversuch am: 20

Geburt nach assistierter Fortpflanzungshilfe

Handelt es sich um eine Geburt nach assistierter Fortpflanzungshilfe? Ja Nein

Wenn ja: nach Hormontherapie

nach Insemination

nach in-vitro-Fertilisation (IVF)

Wenn IVF: Zahl der eingesetzten Embryonen (Anzahl)

mit Spendersamen

nach Eizellspende

Entbindung

Blasensprung vor Wehenbeginn Ja Nein

MBU-Anzahl

Geburtseinleitung durch medikamentöse/mechanische Zervixreifung Ja keine

Wenn ja Olygohydramnion

SIH / Präeklampsie

IUGR Intrauterine Wachstumsretardierung

GDM

Oxytocin sub partu

Tokolyse sub partu

Anästhesien unter der Geburt Ja Nein

Wenn ja PDA Epi-/Peridural

Allgemeine Narkose

(Mehrfachauswahl) spinal

Opiat

Lachgas

Lage Regelrechte Schädellage

Regelwidrige Schädellage

Beckenendlage

Querlage

Entbindungsposition Vertikal

Waagrecht

Andere

Wassergeburt

Vierfüßlerstand

Entbindungsmodus Spontan

Vakuum

Forzeps

Vaginale BEL

Primäre Sektio

Sekundäre Sektio

Schulterdystokie

Akutsektio

E-E-Zeit in Minuten

Indikation zur operativen Entbindung (auch vaginal operativ)

Amnioninfektsyndrom (V.a.)

Drohende intrauterine Asphyxie

Pathol. CTG

Pathol. Doppler

MBU mit pathologischem Ergebnis

Frustrane Einleitung

Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode in Minuten

Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode in Minuten

Erschöpfung der Mutter

Mehrlingsschwangerschaft

V.a. Missverhältnis zwischen kindl. Kopf u. mütterlichem Becken/V.a Makrosomie

Nabelschnurvorfall

Plazenta Praevia/Vasa Praevia

Lage-/ Haltungsanomalien

Mütterliche floride Infektionen

Fetale Fehlbildung

Frühgeburt

Präeklampsie/Eklampsie/HELLP

Drohende/erfolgte Uterusruptur

Vorzeitige Plazentalösung

Wunschsektio ohne med. Indikation

Zustand nach Sektio

Zustand nach mehreren Sektionen

Z.n. Uterusoperation

IUFT/Z.n. frustraner Einleitung

Episiotomie	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Median	<input type="checkbox"/> Medio-lateral
Dammriss III / IV	<input type="checkbox"/> Ja		
Plazentaablösungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja		
Uterotonikum in der Nachgeburtsperiode	<input type="checkbox"/> Ja		
Anwesend bei Geburt des Kindes	<input type="checkbox"/> Hebamme <input type="checkbox"/> Anästhesist	<input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Pädiater	<input type="checkbox"/> Neonatologe <input type="checkbox"/> Arzt ohne Gyn.-Fach
Kind			
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Tag Monat Jahr Stunde Minute</small>		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Angabe		
Apgar	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>1 Minute 5 Minuten 10 Minuten</small>		
Gewicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	Länge <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Kopfumfang <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Blutgasanalyse Nabelschnur	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmbar		
Arterieller pH Wert	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	venöser pH Wert	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
arterieller Base Excess Wert	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> mmol/l		
Reanimation durch	<input type="checkbox"/> Anästhesist <input type="checkbox"/> Geburtshelfer <input type="checkbox"/> Hebamme <input type="checkbox"/> Kinderarzt <input type="checkbox"/> Neonatologe <small>(Mehrfachantworten möglich)</small>		
Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> Schädel/Gehirn/Gesicht <input type="checkbox"/> pränatal diagnostiziert <input type="checkbox"/> Thorax/Herz/Zwerchfell <input type="checkbox"/> pränatal diagnostiziert <input type="checkbox"/> Abdomen/Urogenitaltrakt <input type="checkbox"/> pränatal diagnostiziert <input type="checkbox"/> Skelett/Extremitäten <input type="checkbox"/> pränatal diagnostiziert <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> pränatal diagnostiziert <input type="checkbox"/> auffällige Genetik <input type="checkbox"/> pränatal diagnostiziert		
Hörscreening	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> durchgeführt ohne Ergebnis <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt		
Entlassung / Verlegung Kind			
Entlassung nach Hause am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Tag Monat Jahr</small>		
Verlegung am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Tag Monat Jahr</small>		
Verlegungsgrund	<input type="checkbox"/> Geburtsgewicht zu gering oder zu hoch <input type="checkbox"/> Adaptionsstörung/Asphyxie <input type="checkbox"/> Fetale Fehlbildung <input type="checkbox"/> Infektion		
Verlegung auf Neonatologie (Auswahlliste je Abteilung)	<input type="text"/>		
Perinatale Mortalität			
Todeszeitpunkt	<input type="checkbox"/> ante partum /IUFT <input type="checkbox"/> sub partu <input type="checkbox"/> post partum am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Fetozit			
Mutter			
<input type="checkbox"/> Uterusruptur offen	<input type="checkbox"/> Postpartale schwere Eklampsie /HELLP	<input type="checkbox"/> Sepsis	
<input type="checkbox"/> Uterusruptur gedeckt	<input type="checkbox"/> Fruchtwasserembolie	<input type="checkbox"/> Lungenembolie	

Uteruserhaltende Operation Behandlungsbedürftige Blutung/Transfusionen Hysterektomie

Reoperation

- Damm Blutung
 Sectio Infektion

Entlassung / Verlegung Mutter

Entlassung nach Hause am
Tag Monat Jahr

Verlegung am
Tag Monat Jahr

Verlegung auf (Auswahlliste je Abteilung)

- Grund der Verlegung Intensivmedizinische Nachbetreuung Chirurgisch erweiterte Behandlung
 Radiologische Intervention Hämostasiologische Gründe
 Verlegung des Kindes
(und damit Nachverlegung der Mutter) andere

Tod der Mutter am
Tag Monat Jahr

Kontaktdaten:

Institut für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken GmbH
Geburtenregister Österreich

Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck
Tel: 43 512 504 22318

office@iet.at

www.iet.at