

IUFT BEI DIABETES TYP 1/ TYP 2

Patienten-ID: |_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|_|

Patienten-ID setzt sich aus den Geburtsdaten der Mütter und Kinder zusammen: |Tag Kind x Tag Mutter|-|Monat Kind x Monat Mutter|-|Geburtsjahr Mutter|

z.B. Kind geboren: 10.12.2021, Mutter geboren: 15.02.1985: |1|5|0|-|0|2|4|-|1|9|8|5|
10 x 15 12 x 02 1985

DIABETOLOG:INNEN

1. Grunddaten Errechneter Entbindungstermin Datum: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ Diabetes Mellitus Typ: <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 Mehrlingsschwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Diabetes Diagnose Jahr: _ _ _ _ _ Erstvorstellung in DSP in akt. Schw.: Datum: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ Letzter HbA1c vor Schw.: _ _ _ , _ % HbA1c bei Erstvorst.: _ _ _ , _ % TIR bei Erstvorst.: 63-140: _ _ _ _ % 70-180: _ _ _ _ % Präkonzeptionelle Vorstellung/ Schulung/ Vorbereitung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		Schwerstes Kind in früheren Schwangerschaften: Gewicht: _ _ _ _ _ g SSW bei Entbindung: _ _ _ + _ _ Präeklampsie in früheren Schwangerschaften: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Therapie vor der akt. Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/> Metformin <input type="checkbox"/> Insulininjektionen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/> CGM/FGM <input type="checkbox"/> Acarbose <input type="checkbox"/> DPP4 <input type="checkbox"/> Glinide <input type="checkbox"/> SGLT2 <input type="checkbox"/> Sulfonylharnstoff <input type="checkbox"/> Thyroxin <input type="checkbox"/> Hochdruckmedikation <input type="checkbox"/> Inkretin/GLP-1-Analoga Folgeerkrankungen aufgrund des Diabetes: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> Retinopathie <input type="checkbox"/> Makulopathie <input type="checkbox"/> Nephropathie <input type="checkbox"/> Neuropathie <input type="checkbox"/> Andere diab. Folgeerkrankungen		CGM/FGM in der Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Autom. Basalratenabschaltung: (z.B. Minimed 640G, Basal-IQ) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein AID – autom. Insulindosierung? (z.B. Diabeloop, Cam Aps, Minimed 780G, Control-IQ, DIY) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Während der akt. Schwangerschaft Einnahme von Medikamenten: <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Metformin <input type="checkbox"/> Antihypertensiva <input type="checkbox"/> unbekannt Komplikationen in der akt. Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Wenn ja, welche Komplikationen: <input type="checkbox"/> Hypoglykämie <input type="checkbox"/> Gestat.-Hypertonie <input type="checkbox"/> Präeklampsie <input type="checkbox"/> HELLP <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt <input type="checkbox"/> Ketoazidose <input type="checkbox"/> Nephropathie prog. <input type="checkbox"/> Retinopathie prog. <input type="checkbox"/> Anämie <input type="checkbox"/> Andere: _____	
Größe: _ _ _ _ cm Gewicht vor der Schw.: _ _ _ _ , _ kg Gewicht bei Erstvorst.: _ _ _ _ , _ kg Muttersprache: _____ Wenn Muttersprache nicht Deutsch: <input type="checkbox"/> Ausreichende Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/> Dolmetscher erforderlich Nikotin in Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> Nichtraucherin <input type="checkbox"/> Raucherin <input type="checkbox"/> Ex-Raucherin <input type="checkbox"/> unbekannt Gravida: _ _ _ Para (ohne akt. Schw.) _ _ _		Vorerkrankungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> art. Hypertonie <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> pAVK <input type="checkbox"/> Hypothyreose <input type="checkbox"/> Hyperthyreose <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung <input type="checkbox"/> psych. Krankheit <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung <input type="checkbox"/> neurol. Krankheit <input type="checkbox"/> kard. Krankheit <input type="checkbox"/> Andere Anmerkungen: <input type="checkbox"/> keine _____ _____ _____		2. Trimenon der akt. Schwangerschaft Datum: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ HbA1c: _ _ _ , _ % TIR: 63-140: _ _ _ _ % 70-180: _ _ _ _ %	
Frühere Totgeburt nach 24+0 SSW: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Fehlbildungen bei Kindern früherer Schwangerschaften (Chromosomenanomalien wie T21 zählen nicht als Fehlbildung): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Wenn Fehlbildungen ja, welche: _____		3. Trimenon der akt. Schwangerschaft Datum: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ HbA1c: _ _ _ , _ % TIR: 63-140: _ _ _ _ % 70-180: _ _ _ _ %		Letzte Daten vor der Geburt: Datum: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ Gewicht der Mutter: _ _ _ _ , _ kg HbA1c: _ _ _ , _ % TIR: 63-140: _ _ _ _ % 70-180: _ _ _ _ % Max. Gesamt-Insulinbedarf: (vor der Entbindung) _ _ _ _ IE/24 h Betreuung von Patientin abgebrochen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2. Behandlungsdaten in akt. Schwangerschaft Insulintherapie Insulinbehandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beginn Insulintherapie: Datum: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ Art der Insulintherapie: <input type="checkbox"/> Pumpe <input type="checkbox"/> ICT/SIT <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> nur Basal <input type="checkbox"/> unbekannt					

