

Schwangerschaftskontrollblatt

Alter	Gravida/Para	LP	ET	Korr. T
Gewicht vor SS	Grösse	BMI	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	Konzeption
<input type="checkbox"/> Risikoschwangerschaft		Hebammensprechstunde	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geminischwangerschaft	<input type="checkbox"/> dichorial/diamniot	<input type="checkbox"/> monochorial/diamniot	<input type="checkbox"/> monochorial/monoamniot	

Labor

Röteln Titer: <input type="checkbox"/> 2x geimpft	HBs Ag	HIV	Lues
HBc Ak	HBs Ak Titer:	Hep. C Ak	Varizella <input type="checkbox"/> pos. Anamnese Titer: <input type="checkbox"/> 2x geimpft
Pertussis (Impfstatus)		Cytomegalie	Parvovirus B19
♀ letzte Impfung am:	geimpft am:	Toxoplasmose	Hygieneaufklärung erfolgt <input type="checkbox"/>
♂ letzte Impfung am:	geimpft am:		
Grippeimpfung <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht; geimpft am:			
Blutgruppe	Rhesus	Antikörpersuchtest: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg, am: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg, am:	
TSH basal	Ferritin	Rhophylac 300ug i.v. am: (Etikette mit LOT.Nr)	am:
PAP am:	Chlamydien		
allg. Bakt	Gonokokken	Strepto B am:	<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv

Gestationsdiabetes Screening

Frühscreening (bis 14. SSW) nüBZ:	mmol/l	oGTT: <input type="checkbox"/> physiologisch <input type="checkbox"/> GDM <input type="checkbox"/> nüBZ < 4.4mmol/l <input type="checkbox"/> insulinpflichtig ab:
-----------------------------------	--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pränataldiagnostik

Pränatale Diagnostik besprochen am:	gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ETT <input type="checkbox"/> NIPT <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/>
NT-Messung; ETT-, NIPT- Risiko	Karyotyp
Pathologische Ultraschallbefunde	

Anamnese/ früherer SS und Geburten/Risikofaktoren/Noxen/Medikamente/Allergien

--

Wichtige Hinweise für Geburt und Wochenbett

Ster pp gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht besprochen	
Anmeldung zur Geburt am	Versicherungsstatus <input type="checkbox"/> Allg. <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> P

Fett = Standard

Ber/Kamm/SS-Kontrollen/Ambi/1.8.2015