

# U-ARM-J2

mit 10 Jahren

## Ausgabe für MÄDCHEN

Bitte bei der nächsten Untersuchung ein ausgefülltes Stuhlprotokoll\* (bei Indikation auch Miktionsprotokoll\*) mitbringen! Vorlagen siehe Anhang Seite 56 und 57.

Basisdaten Patientin: Größe (in cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_

### Stuhlgang

Stuhlprotokoll ausgefüllt

| Stuhlentleerung über:                                     | Neoanus   | Stoma   | Spülstoma<br>Welches:   |
|---|---|---|---|
| Willkürliche Stuhlentleerung (ohne zusätzliche Maßnahmen) | <input type="checkbox"/>  | -----   | -----   |
| Dauernd Stuhlabgang                                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Stuhlentleerungsfrequenz:                                 | _____ x / 24 Stunden<br>_____ x / Woche   | _____ x / 24 Stunden<br>_____ x / Woche   | _____ x / 24 Stunden<br>_____ x / Woche   |
| Sauberkeitsphasen zwischen den Stuhlgängen                | _____ Minuten<br>_____ Stunden  | -----   | _____ Minuten<br>_____ Stunden  |
| Stuhlentleerung schmerzhaft                               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Stuhlkonsistenz*  | <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig | <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig | <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig |
| Obstipation*  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

Weitere Befundung aus Stuhlprotokoll, wenn ausgefüllt (z.B. bevorzugte Tageszeit erkennbar? Rhythmus erkennbar? Tag/Nacht-Unterschied?)

Stuhlgefülltes Rektosigmoid\* palpabel\*

Maximaler Rektum-Querdurchmesser (sonographisch): \_\_\_\_\_ mm

| Maßnahmen zur Stuhlregulation                                   | Selbständig              | Mit Unterstützung        |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Medikamente <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gelegentliche Einläufe <input type="checkbox"/> Wenn ja, womit: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bowel Management* <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Analbefund

Mukosaektropium\*  gering  deutlich  re  li

Analprolaps\*

Anus\* in Ruhe  geschlossen  klaffend

Haut um den Anus\*  reizlos  gerötet  wund  blutend

Verkürzter Damm

Stenose\* Wenn ja, welche Hegar\*-Größe? \_\_\_\_\_ mm

Strikatur\* Wenn ja, welche Hegar\*-Größe? \_\_\_\_\_ mm

Puborektalis-Muskulatur\* kann angespannt werden  asymmetrisch  zirkulär

### Urologische Situation

Urinstatus – Befund: \_\_\_\_\_

Urostoma  Urinkontinent\*  vollständig urin-inkontinent

Ständiges Harträufeln\*  Enuresis nocturna\*  Enuresis diurna\*

Neurogene Blasenfunktionsstörung (Störung der Speicher- bzw. Entleerungsfunktion)\*

Harnwegsinfekte\* ohne Fieber Wie häufig pro Monat/Jahr? \_\_\_\_\_

Harnwegsinfekte\* mit Fieber Wie häufig pro Monat/Jahr? \_\_\_\_\_

Restharn\* nach Miktion\*

Niereninsuffizienz\*

Laborwerte: Harnstoff \_\_\_\_\_ Kreatinin \_\_\_\_\_ Cystatin C \_\_\_\_\_ GFR \_\_\_\_\_

### Aufgrund der Symptome empfohlene/durchgeführte Untersuchungen/Behandlungen

Sonographie\* Nieren/Blase/inneres Genitale – Befund: \_\_\_\_\_

MCU\* – Befund (z.B. VUR\*, Urethralstenose\*, Restharn\*) \_\_\_\_\_

Nierenzintigraphie\*/MR-Urographie\* – Befund: \_\_\_\_\_

Uroflow\*/Urodynamik\* – Befund: \_\_\_\_\_

Langzeit-HWI-Prophylaxe\* – Seit wann: \_\_\_\_\_ Wie/Welches Medikament? \_\_\_\_\_

CIC\* – Seit wann: \_\_\_\_\_ Wie oft: \_\_\_\_\_ Wer katheterisiert (Patientin selbst, Eltern)? \_\_\_\_\_

Sonstiges/Medikamente – Welche: \_\_\_\_\_

### Pubertätsentwicklung

Nach Einsetzen der Thelarche (= Brustentwicklung) bzw. spätestens 1 Jahr danach, ist eine Vorstellung beim/bei der Kindergynäkologen/in zu empfehlen. In dem Jahr nach Beginn der Brustentwicklung kann mit dem Einsetzen der Menstruation gerechnet werden.

Da durch Fehlbildungen im Bereich des Genitales der Abfluss des Menstrualblutes gestört sein kann, ist bei unklaren, insbesondere zyklischen Bauchschmerzen in diesem Zeitraum oder nach Beginn der Regelblutungen immer auch sonographisch nach einem Aufstau in Gebärmutter oder Scheide, eventuell auch im Bereich von Doppelbildungen, zu suchen. CAVE: Ein gestörter Abfluss von Menstrualblut kann ggf. Notfalleingriffe und bleibende Schäden bis hin zur Unfruchtbarkeit zur Folge haben.

Brustwachstum (siehe Glossar Tanner-Stadium\*) Tanner\*-Stadium \_\_\_\_\_

Schambehaarung (siehe Glossar Tanner-Stadium\*) Tanner\*-Stadium \_\_\_\_\_

Gynäkologische Situation  Menarche\*

Menstruation  regelmäßig  schmerzhaft  zyklischer Unterbauchschmerz

Befund bei Neovagina (z.B. durchgängig, Schleimbildung, wird gespült, ...) \_\_\_\_\_

Weitere Befunde vom/n Kindergynäkologen/Kindergynäkologin auszufüllen: \_\_\_\_\_

### Ernährung

Nahrungsmittelunverträglichkeiten – Welche: \_\_\_\_\_

Andere Ernährungsprobleme – Welche: \_\_\_\_\_



# U-ARM-J2

mit 10 Jahren

## Ausgabe für JUNGEN

Bitte bei der nächsten Untersuchung ein ausgefülltes Stuhlprotokoll\* (bei Indikation auch Miktionsprotokoll\*) mitbringen! Vorlagen siehe Anhang Seite 56 und 57.

Basisdaten Patient: Größe (in cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_

### Stuhlgang

Stuhlprotokoll ausgefüllt

| Stuhlentleerung über:                                     | Neoanus   | Stoma   | Spülstoma<br>Welches:   |
|---|---|---|---|
| Willkürliche Stuhlentleerung (ohne zusätzliche Maßnahmen) | <input type="checkbox"/>  | -----   | -----   |
| Dauernd Stuhlabgang                                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Stuhlentleerungsfrequenz:                                 | _____ x / 24 Stunden<br>_____ x / Woche   | _____ x / 24 Stunden<br>_____ x / Woche   | _____ x / 24 Stunden<br>_____ x / Woche   |
| Sauberkeitsphasen zwischen den Stuhlgängen                | _____ Minuten<br>_____ Stunden  | -----   | _____ Minuten<br>_____ Stunden  |
| Stuhlentleerung schmerzhaft                               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Stuhlkonsistenz*  | <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig | <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig | <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig |
| Obstipation*  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

Weitere Befundung aus Stuhlprotokoll, wenn ausgefüllt (z.B. bevorzugte Tageszeit erkennbar? Rhythmus erkennbar? Tag/Nacht-Unterschied?)

Stuhlgefülltes Rektosigmoid\* palpabel\*

Maximaler Rektum-Querdurchmesser (sonographisch): \_\_\_\_\_ mm

| Maßnahmen zur Stuhlregulation                                   | Selbständig              | Mit Unterstützung        |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Medikamente <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gelegentliche Einläufe <input type="checkbox"/> Wenn ja, womit: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bowel Management* <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Analbefund

Mukosaektropium\*  gering  deutlich  re  li

Analprolaps\*

Anus\* in Ruhe  geschlossen  klaffend

Haut um den Anus\*  reizlos  gerötet  wund  blutend

Verkürzter Damm

Stenose\* Wenn ja, welche Hegar\*-Größe? \_\_\_\_\_ mm

Striktur\* Wenn ja, welche Hegar\*-Größe? \_\_\_\_\_ mm

Puborektalis-Muskulatur\* kann angespannt werden  asymmetrisch  zirkulär

### Urologische Situation

Urinstatus – Befund: \_\_\_\_\_

Urostoma  Urinkontinent\*  vollständig urin-inkontinent

Ständiges Harträufeln\*  Enuresis nocturna\*  Enuresis diurna\*

Neurogene Blasenfunktionsstörung (Störung der Speicher- bzw. Entleerungsfunktion)\*

Harnwegsinfekte\* ohne Fieber Wie häufig pro Monat/Jahr? \_\_\_\_\_

Harnwegsinfekte\* mit Fieber Wie häufig pro Monat/Jahr? \_\_\_\_\_

Restharn\* nach Miktions\*

Niereninsuffizienz\*

Laborwerte: Harnstoff \_\_\_\_\_ Kreatinin \_\_\_\_\_ Cystatin C \_\_\_\_\_ GFR \_\_\_\_\_

### Aufgrund der Symptome empfohlene/durchgeführte Untersuchungen/Behandlungen

Sonographie\* Nieren/Blase/inneres Genitale – Befund: \_\_\_\_\_

MCU\* – Befund (z.B. VUR\*, Urethralstenose\*, Restharn\*) \_\_\_\_\_

Nierenzintigraphie\*/ MR-Urographie\* – Befund: \_\_\_\_\_

Uroflow\*/Urodynamik\* – Befund: \_\_\_\_\_

Langzeit-HWI-Prophylaxe\* – Seit wann: \_\_\_\_\_ Wie/Welches Medikament? \_\_\_\_\_

CIC\* – Seit wann: \_\_\_\_\_ Wie oft: \_\_\_\_\_ Wer katheterisiert (Patient selbst, Eltern)? \_\_\_\_\_

Sonstiges/Medikamente – Welche: \_\_\_\_\_

### Pubertätsentwicklung

Tanner\*-Stadium (siehe Glossar) \_\_\_\_\_

Genitale Situation:

Penis  ohne Besonderheiten

Hypospadie  operiert – Anmerkung zu Operationen und Befund: \_\_\_\_\_

Mikropenis

Erektion beobachtet  schmerzhaft

Hoden  ohne Besonderheiten

Asymmetrie

Zustand nach Leistenbruch/Leistenhodenoperation

Nebenhoden-/Hodenentzündung – Häufigkeit: \_\_\_\_\_ x/vergangenes Jahr

### Ernährung

Nahrungsmittelunverträglichkeiten – Welche: \_\_\_\_\_

Andere Ernährungsprobleme – Welche: \_\_\_\_\_

