

# U-ARM-J3

mit 11 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 Welches:
Willkürliche Stuhlentleerung (ohne zusätzliche Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Dauernd Stuhlabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlentleerungsfrequenz:	_____ x / 24 Stunden _____ x / Woche	_____ x / 24 Stunden _____ x / Woche	_____ x / 24 Stunden _____ x / Woche
Sauberkeitsphasen zwischen den Stuhlgängen	_____ Minuten _____ Stunden	-----	_____ Minuten _____ 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

18 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\*, Urethrastenose\*, 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-J3

mit 11 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 Welches:
Willkürliche Stuhlentleerung (ohne zusätzliche Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Dauernd Stuhlabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlentleerungsfrequenz:	_____ x / 24 Stunden _____ x / Woche	_____ x / 24 Stunden _____ x / Woche	_____ x / 24 Stunden _____ x / Woche
Sauberkeitsphasen zwischen den Stuhlgängen	_____ Minuten _____ Stunden	-----	_____ Minuten _____ 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 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: \_\_\_\_\_

### Empfohlene therapeutische Maßnahmen/Weiterbehandlungen

- Darmspülung\*  Bowel-Management\*
- Medikamentöse Unterstützung (z.B. Abführmittel, Zäpfchen) \_\_\_\_\_
- Hilfsmittel (z.B. Einlagen) \_\_\_\_\_
- Unterstützung durch Stomatherapeuten/Urotherapeuten
- Physiotherapeutische Maßnahmen  
(z.B. Beckenbodentraining, Osteopathie, Biofeedback) \_\_\_\_\_
- Unterstützung durch Ernährungsberatung/Gastroenterologie
- Kinderendokrinologie  Jungen-/Jugend-Urologische Sprechstunde  Kinderneurologie
- Psychologische Unterstützung
- Weitere Maßnahmen/Hilfsmittel \_\_\_\_\_

### Psychosoziale\* Aspekte und Aufklärung

#### Fragen an die Eltern:

- Haben Sie Zeit für Ihre Partnerschaft? Gibt es finanzielle Probleme?
- Wie entwickelt sich Ihr Kind in der Schule/in der Gemeinschaft?
- Gibt es Probleme mit den Geschwistern? Was macht Ihnen Schwierigkeiten?

#### Fragen an das Kind:

- Was weißt Du über Deine Fehlbildung/Erkrankung?
- Wer weiß über Deine Fehlbildung Bescheid, wem erzählst Du was?
- Kennst Du andere Kinder, die auch Deine Fehlbildung haben?
- Wie geht es Dir mit der aktuellen Stuhl- und Blasenentleerung? Kommst Du mit Deinem Stoma zurecht? Hast Du in der Schule eine besondere Toilette für Dich?
- Hast Du Schmerzen (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen,...)?
- Hast Du Freunde? Machst Du Sport/hast Du Hobbys?
- Wie geht's Dir in der Schule? Hast Du Probleme mit Deinen Eltern/Geschwistern?

#### Weiterführende Hilfen:

- Soziale Hilfen (Sozialberatung, Behindertenausweis, Inklusion, Schulbegleiter...)
- Hilfsmittelberatung
- Kontaktdaten zu Selbsthilfeorganisation oder -gruppen

#### Notizen zum Gespräch (Empfehlungen, vorgeschlagene Hilfen, Kontaktdaten, Termine usw.)

---



---



---

## Notizen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---