

U-ARM-J4

mit 12 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

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: _____

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 Kinderurologie Kindernephrologie
- Kinder- und Jugendgynäkologie – ab dem 11. Lebensjahr notwendig!
(zum Ausschluss von Fehlbildungen des inneren Genitales/septierte Vagina/obstruktive Uterusanomalien)
- 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

U-ARM-J4

mit 12 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

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 erlebt schmerzhaft

Samenerguss schmerzhaft blutig

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
