

U-ARM-J6

mit 14 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
(zum Ausschluss von Fehlbildungen des inneren Genitales/septierte Vagina/obstruktive Uterusanomalien)
- Psychologische Unterstützung
- Weitere Maßnahmen/Hilfsmittel _____

Psychosoziale* Aspekte und Aufklärung

Fragen an die Eltern (ohne Beisein des Kindes):

- Wie entwickelt sich Ihr Kind in der Schule/in der Gemeinschaft?
- Was macht Ihnen Schwierigkeiten?
- Wird Ihr Kind weniger kooperativ? Will Ihr Kind sich alleine versorgen?
- Verlassen Sie sich auf Ihr Kind? Übernachtet Ihr Kind bei Freunden/innen?
- Wie fördern Sie die Selbständigkeit Ihres Kindes?
- Hat Ihr Kind schon Kontakte zu den entsprechenden Disziplinen der Erwachsenen-Medizin (Transition)?

Weiterführende Hilfen:

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

Folgende Fragen bitte direkt an die Jugendliche, bitte die Privatsphäre der Patientin berücksichtigen, Eltern bitten, den Raum zu verlassen.

Die Fragen sind selbstverständlich einfühlsam zu stellen und unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Patientin auszuwählen.

Erkläre mir bitte Deine Diagnose in 3 Sätzen. Was weißt Du über Deine Fehlbildung/Erkrankung?

Wer weiß über Deine Fehlbildung Bescheid, wem erzählst Du was? Kannst Du Deine Eltern zu Deiner Diagnose fragen? Kennst Du andere Jugendliche, die auch Deine Fehlbildung haben?

Wie geht es Dir mit der aktuellen Stuhl- und Blasenentleerung? Kommst Du mit Deinem Stoma zurecht?

Gehst Du alleine zum/r Arzt/Ärztin, z.B. Kinderarzt/ärztin?

Weißt Du, wie man Deine Hilfsmittel besorgt? Reinigst Du selbst die Toilette?

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?

Bist Du mit Deinem Aussehen oder Deiner Situation zufrieden? Welche Ängste oder Sorgen machst Du dir?

Sprichst Du mit Deinen Eltern darüber, oder mit Freunden?

Warst Du schon bei einem/r Gynäkologen/in?

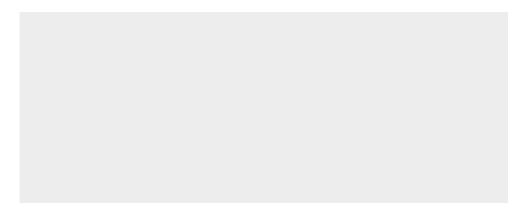
Hast Du sexuelle Erfahrungen? Erfahrungen mit Selbstbefriedigung?

Hast Du schon Geschlechtsverkehr gehabt? Wenn ja: Hast Du dabei Maßnahmen gegen eine ungewollte Schwangerschaft oder gegen die Infektion mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung getroffen? Gab es Probleme/Schmerzen/Beschwerden?

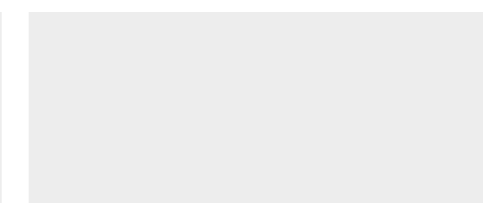
Hast Du eine/n feste/n Partner/in?

Gab es Probleme mit Stuhl- und/oder Urinkontinenz /Stoma beim Geschlechtsverkehr? Hast Du Dich geschämt?

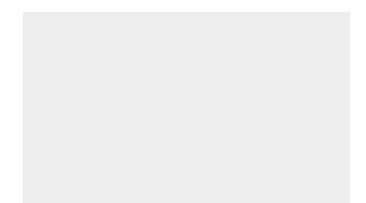
Notizen zum Gespräch (Empfehlungen, vorgeschlagene Hilfen, Kontaktdaten, Termine usw.)



Stempel der Nachsorgeklinik



Name Untersucher/in



Datum

U-ARM-J6

mit 14 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

retrograde Ejakulation

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 Kinderneurologie
- Jungen-/Jugend-Urologische Sprechstunde
- Psychologische Unterstützung
- Weitere Maßnahmen/Hilfsmittel _____

Psychosoziale* Aspekte und Aufklärung

Fragen an die Eltern (ohne Beisein des Kindes):

- Wie entwickelt sich Ihr Kind in der Schule/in der Gemeinschaft?
- Was macht Ihnen Schwierigkeiten?
- Wird Ihr Kind weniger kooperativ? Will Ihr Kind sich alleine versorgen?
- Verlassen Sie sich auf Ihr Kind? Übernachtet Ihr Kind bei Freunden/innen?
- Wie fördern Sie die Selbständigkeit Ihres Kindes?
- Hat Ihr Kind schon Kontakte zu den entsprechenden Disziplinen der Erwachsenen-Medizin (Transition) ?

Weiterführende Hilfen:

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

Folgende Fragen bitte direkt an den Jugendlichen, bitte die Privatsphäre des Patienten berücksichtigen, Eltern bitten, den Raum zu verlassen.

Die Fragen sind selbstverständlich einfühlsam zu stellen und unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten auszuwählen.

Erkläre mir bitte Deine Diagnose in 3 Sätzen. Was weißt Du über Deine Fehlbildung/Erkrankung?

Wer weiß über Deine Fehlbildung Bescheid, wem erzählst Du was? Kannst Du Deine Eltern zu Deiner Diagnose fragen? Kennst Du andere Jugendliche, die auch Deine Fehlbildung haben?

Wie geht es Dir mit der aktuellen Stuhl- und Blasenentleerung? Kommst Du mit Deinem Stoma zurecht?

Gehst Du alleine zum/r Arzt/Ärztin, z.B. Kinderarzt/ärztin?

Weißt Du, wie man Deine Hilfsmittel besorgt? Reinigst Du selbst die Toilette?

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?

Bist Du mit Deinem Aussehen oder Deiner Situation zufrieden? Welche Ängste oder Sorgen machst Du dir? Sprichst Du mit Deinen Eltern darüber, oder mit Freunden?

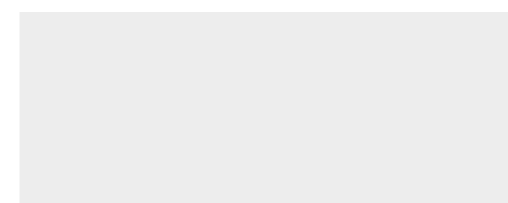
Hast Du sexuelle Erfahrungen? Erfahrungen mit Selbstbefriedigung?

Hast Du schon Geschlechtsverkehr gehabt? Wenn ja: Hast Du dabei Maßnahmen gegen eine ungewollte Schwangerschaft oder gegen die Infektion mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung getroffen? Gab es Probleme/Schmerzen/Beschwerden?

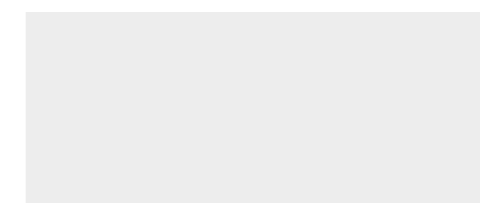
Hast Du eine/n feste/n Partner/in?

Gab es Probleme mit Stuhl- und/oder Urinkontinenz /Stoma beim Geschlechtsverkehr? Hast Du dich geschämt?

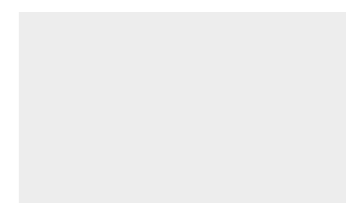
Notizen zum Gespräch (Empfehlungen, vorgeschlagene Hilfen, Kontaktdaten, Termine usw.)



Stempel der Nachsorgeklinik



Name Untersucher/in



Datum