U-ARM-10

mit 2 Jahren

Bringen Sie bitte zur Untersuchung ein ausgefülltes Stuhlprotokoll* mit! Vorlage siehe S. 76

Basisdaten Patient/Patientin: Größe (in cm) _____ Gewicht (in kg) _____

Besonderheiten nach der Operation (z.B. Analstenose*, Striktur*, Gedeihstörung*, …):

Besonderheit	Festgestellt am	Maßnahmen/Anmerkung

Urinstatus (z.B. Urinstix) ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

Stuhlentleerung ☐ dauernd ☐ intermittierend* ☐ schmerzhaft Stuhlentleerungsfrequenz _____x/24 h

Stuhlkonsistenz*: ☐ fest ☐ weich ☐ flüssig Obstipation* ☐ Ja ☐ Nein

Stuhlgefülltes Rektosigmoid* Palpabel* ☐ Ja ☐ Nein Rektum-Querdurchmesser (sonographisch): _____mm

Zusätzliche Maßnahmen zur Stuhlregulation ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Analbefund

Mukosaektropium* ☐ Ja ☐ Nein Wenn Ja: ☐ gering ☐ deutlich Welche Seite: _____

Analprolaps* ☐ Ja ☐ Nein

Anus* in Ruhe ☐ geschlossen ☐ klaffend

Haut um den Anus* ☐ reizlos ☐ gerötet ☐ wund ☐ blutend ☐ _____

Optional: Hydrosonographie* am: _____ Befund: _____

Stuhlprotokoll* (ausgefüllt) ☐ Ja ☐ Nein

Befundung aus Stuhlprotokoll* (z.B. bevorzugte Tageszeit erkennbar? Rhythmus erkennbar? Tag/Nacht-Unterschied?)

_____

Ggf. Ultraschall* Abdomen*/Urogenitaltrakt* am: _____ Befund: _____

Urologische Situation:

Veränderung der Blasenentleerung ☐ Ja ☐ Nein

Harn wird portioniert abgesetzt ☐ Ja ☐ Nein

Ständiges Harnträufeln* ☐ Ja ☐ Nein

Harnwegsinfekte* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft: _____ ☐ mit Fieber ☐ ohne Fieber

Aufgrund der Symptome empfohlene/durchgeführte Untersuchungen/Behandlungen:

– Sonographie* Nieren/Blase ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

– Urodynamik* ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

– MCU* durchgeführt ☐ Ja ☐ Nein Befund: (z.B. VUR*, Urethrastenose*, Restharn*) _____

– Nierenszintigrafie*/ MR-Urografie* ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

– Langzeit-HWI-Prophylaxe* ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

– CIC* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft: _____

– Sonstiges/Medikamente: _____

Ernährung

Nahrungsmittelunverträglichkeiten ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Andere Ernährungsprobleme ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Weitere therapeutische Maßnahmen ☐ physioth. Maßnahmen _____

Hilfsmittel ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____ (z.B. Windeln, Wundcreme, …)

Medikamente ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Bitte denken Sie daran, bei der nächsten Untersuchung ein ausgefülltes Stuhlprotokoll* zum Arzt/zur Ärztin mitzubringen.

Psychosoziale* Aspekte und Aufklärung

Fragen an die Eltern:
- Fühlen Sie sich wohl? Was wünschen Sie sich?
- Haben Sie Zeit für sich?
- Was ist toll an Ihrem Kind? Wie geht es der Familie?
- Fahren Sie gemeinsam/alleine in den Urlaub?
- Fühlen Sie sich gut beraten?
- Gibt es weitere Probleme? Wenn ja, welche?

Folgende weiterführende Hilfen können sinnvoll/wichtig sein:
- Soziale Hilfen (Pflegegeld*, Behindertenausweis…)
- Kinderbetreuung / Krippe
- Hilfsmittelberatung (Stomatherapeut/in*, Hilfsmittelversorger…)
- Ambulanter Kinderkrankenpflegedienst
- Kontaktdaten zu Selbsthilfeorganisation oder -gruppen

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

Stempel der Nachsorgeklinik | Name Untersucher/in | Datum