U-ARM-12

mit 4 Jahren

Bitte bei der nächsten Untersuchung ein ausgefülltes Stuhlprotokoll* (bei Indikation auch Miktionsprotokoll*) mitbringen! Vorlagen siehe Anhang Seite 76 und 79.

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 ☐ _____

Puborektalis-Muskulatur* kann angespannt werden: ☐ Ja ☐ Nein

Sauberkeitsentwicklung

Zieht sich das Kind zur Defäkation* zurück ☐ Ja ☐ Nein Zeigt es Interesse für Toilette/Töpfchen ☐ Ja ☐ Nein

Hält das Kind Stuhlgang zurück ☐ Ja ☐ Nein

Stuhlprotokoll* (ausgefüllt) ☐ Ja ☐ Nein

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

_____

Sozial ausreichende Stuhl-Kontinenz ☐ Ja ☐ Nein

Optional: Hydrosonographie* am: _____ Befund: _____

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

Urologische Situation:

Veränderung der Blasenentleerung	☐ Ja	☐ Nein	Harn wird portioniert abgesetzt	☐ Ja	☐ Nein
Ständiges Harnträufeln*	☐ Ja	☐ Nein	Blasenkontinent*	☐ Ja	☐ Nein
Enuresis nocturna*	☐ Ja	☐ Nein	Enuresis diurna*	☐ Ja	☐ Nein
Restharn* nach Miktion*	☐ Ja	☐ Nein	Neurogene Blasenentleerungsstörung*	☐ 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: _____

Empfohlene therapeutische Maßnahmen

☐ Darmspülung* ☐ Bowelmanagement*

☐ Medikamentöse Unterstützung (z.B. Abführmittel, Zäpfchen) _____

☐ Physiotherapeutische Maßnahmen (z.B. Beckenbodentraining, Osteopathie, Biofeedback) _____

☐ Psychologische Unterstützung

Weitere angewendete Maßnahmen/Hilfsmittel

☐ Hilfsmittel (z.B. Einlagen, Windeln) _____

☐ Sonstiges _____

Psychosoziale* Aspekte und Aufklärung

Fragen an die Eltern:
- Gibt es Schwierigkeiten bei der Versorgung Ihres Kindes?
- Wächst Ihnen manchmal alles über den Kopf?
- Haben Sie das Gefühl, Sie haben Ihr Leben in der Hand?
- Gibt es weitere Probleme? Wenn ja, welche?
- Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?
- Sind Sie stolz auf das, was Sie und Ihr Kind bisher geleistet haben?

Folgende weiterführende Hilfen können sinnvoll/wichtig sein:
- Soziale Hilfen (Sozialberatung, Pflegegeld*…)
- Kinderbetreuung
- Hilfsmittelberatung
- Ambulanter Kinderkrankenpflegedienst
- Kontaktdaten zu Selbsthilfeorganisation oder -gruppen
- Infos zur Forschung

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

_____

_____

_____

Stempel der Nachsorgeklinik | Name Untersucher/in | Datum