



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Leitfaden zum Ausfüllen des Mutter-Kind-Passes

Geburtshilflicher Teil



Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, Leiterin der Sektion III

Redaktionsteam:

MedR Dr. Bernhard **AUER**, Univ.Prof. Dr. Dagmar **BANCHER-TODESCA**, Univ.Prof. Dr. Adolf **BECK**,
ASS Prof. Dr. Brigitte **HACKENBERG**, Dr. Heidelinde **JAKSE**, Univ. Prof. DDr. Harald **LEITICH**,
Univ.Prof. DDr. Egon **MARTH**, Univ.Prof. Dr. Barbara **PERTL**, Univ.Prof. Dr. Barbara **PLECKO**, Dr. Rudolf
SCHMITZBERGER, Univ.Prof. Dr. Christian **VUTUC**, Prim. Dr. Gabriele **WIESINGER-EIDENBERGER**,
Prim.Univ.Prof. Dr. Karl **ZWIAUER**

Titelbild:

Photoalto

Ausgabe April 2015

Alle Rechte vorbehalten, jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Irrtümer, Druck- und Satzfehler vorbehalten.

Vorwort



Bild: BMG/Johannes Zinner

Die im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms vorgesehenen Untersuchungen der Schwangeren stellen eine wichtige Maßnahme zur Vorsorge und Früherkennung von Erkrankungen der Schwangeren, die zu gesundheitlichen Nachteilen bei den ungeborenen Kinder führen können, dar.

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es daher wichtig, dass diese vorgesehenen Untersuchungen sorgfältig und entsprechend dem jeweiligen Stand der Wissenschaft durchgeführt werden. Notwendig ist auch, dass die Dokumentation der Untersuchungen im Mutter-Kind-Pass in einheitlicher Form erfolgt.

Der vorliegende, von einem Expertenteam verfasste Leitfaden zum Ausfüllen des geburtshilflichen Teils des Mutter-Kind-Passes, stellt eine Maßnahme der Qualitätssicherung dar. Er soll vor allem auch für junge Ärztinnen und Ärzte, die erstmals Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchführen, ein hilfreiches Nachschlagewerk sein.

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS
Bundesministerin für Gesundheit

Seite 9: MUTTER-KIND-PASS

Allgemeines: Auf dieser Seite wird der Name, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer, Kontaktperson der Patientin und das Krankenhaus, in dem die Patientin zur Geburt angemeldet ist, angegeben. Nach der Geburt werden der Name und das Geburtsdatum des Kindes in das untere Feld eingetragen.

Seite 10-11: ANAMNESE DER WERDENDEN MUTTER

Allgemeines: Bei Erstkontakt der Mutter wird eine ausführliche geburtshilfliche Anamnese erhoben. Darüber hinaus soll die Patientin aufgeklärt werden, ob es sich bei der jetzigen Schwangerschaft aufgrund ihrer Anamnese um eine Risikoschwangerschaft handelt, die eventuell intensiverer Betreuung bedarf.

Feld	Erläuterung	Methode
Alter	Angabe des Alters in Jahren (a)	
Gewicht vor der Schwangerschaft	Angabe des Gewichtes vor der Schwangerschaft in Kilogramm (kg)	
Größe	Angabe der Größe in Zentimeter (cm)	
Menses	Beschreibung des Zyklus durch 1) Angabe der Regelmäßigkeit 2) Angabe der Zyklusdauer und Blutungslänge	
Gravida	Angabe der Gravidität in der Anzahl (n)	Alle Schwangerschaften, inklusive der jetzigen, unabhängig von deren Ausgang Bsp: Schwangere Mutter mit 1 lebenden Kind, 1 Abort, 1 Interruptio, 1 Extrauteringrav = Gravida: 5
Para	Angabe der Parität in der Anzahl (n)	Anzahl der Geburten exklusive der Früh- und Spätaborte. <u>Achtung:</u> Zwillings/Drillingsgeburten werden als 1 Parität gezählt. Bsp von oben: Para 1
Frühabort	Angabe der Frühaborte in der Anzahl(n)	Alle Fehlgeburten < 12. SSW
Spätabort	Angabe der Spätaborte in der Anzahl(n)	Fehlgeburten >12. SSW, < 500gr Geburtsgewicht ohne Lebenszeichen <u>Achtung:</u> Ab einem Geburtsgewicht ≥500 gr ohne Lebenszeichen spricht man von Totgeburt. Ab einem Lebenszeichen des Kindes (pos. Apgar) spricht man von einer Frühgeburt unabhängig vom Gestationsalter
Extrauterine Gravidität	Angabe der Extrauteringravidiäten in der Anzahl (n) und erfolgte Behandlung im Freitext dazuschreiben: operativ (Tuben/Teil-Exstirpation, Tubeneröffnung), Methotrexat	

Seite 10-11: VORAUSGEGANGENE SCHWANGERSCHAFTEN UND ENTBINDUNGEN

Feld	Erläuterung	Methode
Datum	Angabe des Geburtsjahres. Falls kurz zurückliegende Schwangerschaft (<2 Jahre) exaktes Datum eintragen	
Geschlecht	Angabe des kindlichen Geschlechts: männlich oder weiblich (in ♀, ♂)	
Gewicht	Angabe des kindlichen Gewichts bei Geburt in Gramm (g)	
SSW	Angabe der Schwangerschaftswoche bei Geburt. Bei Frühgeburt exakte Woche angeben: abgeschlossene SSW + Tage z.B. SSW 26+4	
Wo entbunden	Falls Geburt in Österreich Krankenanstalt angeben, falls Geburt im Ausland Angabe der Stadt bzw. des Landes	
Komplikationen während der Schwangerschaft, Entbindungsmodus, Komplikationen bei Geburt und im Wochenbett	Angabe der Komplikationen während der Schwangerschaft, wie Frühgeburt, Gestationsdiabetes (GDM) und Präeklampsie. Angabe des Entbindungsmodus: spontan; vag. operativ: Zange/Vakuum; Sectio. Insbesondere bei Frühgeburten Erfragen einer evtl. Längsinzision oder T-Schnitts im Rahmen einer Sectio → falls positiv dies auch auf S.12 unter Punkt 9 im Freitext dokumentieren. Angabe der Komplikationen bei Geburt und im Wochenbett, wie Uterusatonie, Fieber Dammriss III / IV; Angabe von schweren Erkrankungen der Kinder	<u>Frühgeburt:</u> Geburt < SSW 37 mit Lebenszeichen oder Totgeborenes ≥500g. Ab einem Lebenszeichen des Kindes (positiver Apgar) spricht man von einer Frühgeburt unabhängig vom Gestationsalter. <u>Dammriss III/IV:</u> DR III: Sphincter ani verletzt; Rectumschleimhaut intakt, DR IV: Sphincter verletzt, Rectum eröffnet

Seite 12: ANAMNESE UND ALLGEMEINE BEFUNDE

Allgemeines: Bei Erstkontakt der Mutter wird eine ausführliche allgemeine Anamnese erhoben um Risikofaktoren für die Schwangerschaft zu ersehen. Darüber hinaus soll die Patientin aufgeklärt werden, welche entsprechenden Risikofaktoren bedeutend für die Schädigung des Feten haben können (Bsp. Alkohol, Rauchen, usw.)

Feld	Erläuterung	Methode
Familiäre Belastung	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob in der Familie Risikofaktoren, wie Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Erkrankungen, psychische Krankheiten vorkommen. Falls JA, Zutreffendes unterstreichen oder im Freitext erläutern	
Psychosoziale Belastung	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob familiär oder berufliche-, Integrations-, oder wirtschaftliche Probleme vorliegen. Falls JA, Zutreffendes unterstreichen oder im Freitext erläutern	
St.p. Varicellen	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob Varicelleninfektion durchgemacht	
Raucherin vor der Schwangerschaft	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob Raucherin vor der Schwangerschaft. Falls JA, Zigarettenanzahl /Tag daneben angeben	
Raucherin während der Schwangerschaft	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob Raucherin in der Schwangerschaft. Falls JA, Zigarettenanzahl /Tag daneben angeben	
Alkoholkonsum	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob Alkoholkonsum vorhanden. Falls JA, Alkoholmenge im Freitext erläutern	
Drogenkonsum	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob Drogenkonsum vorhanden. Falls JA, Art der Droge, evtl. Substitution im Freitext erläutern	
Frühere eigene schwere Erkrankung und Operation	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob eigene schwere Erkrankung oder Operation vorliegt. Falls JA, Art der Erkrankung / OP im Freitext erläutern. <i>Achten auf für die Schwangerschaft relevanten Erkrankungen /Operationen, bspw.: Schilddrüse, Herz, Venen usw.</i>	
Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob Uterusoperationen vorliegen. Falls JA, Art der OP Im Freitext erläutern. <i>Achten auf Erfragen eines evtl. transversalen oder T-Schnittes im Rahmen einer Frühgeburtensectio; Myomenukleationen (gestielte oder</i>	

	<i>intramurale Myome, bei Unklarheit evtl. Op-Bericht anfordern)</i>
Blutungs- Thromboseneigung bekannt	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob Blutungs-oder Thromboseneigung bekannt. Falls JA, im Freitext erläutern
Dauermedikation	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob Dauermedikation der Schwangeren. Falls JA, Arzneimittel im Freitext erläutern
Allergie	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob Allergie, (<i>insbesondere Medikamente/ Jod / Pflaster</i>) bekannt. Falls JA, im Freitext erläutern
Andere Zusatzinformation	Feld JA/NEIN ankreuzen, ob andere wichtige Zusatzinformationen. Falls JA, im Freitext erläutern

Seite 13: DERZEITIGE SCHWANGERSCHAFT

Allgemeines: in diesem Abschnitt wird der Geburtstermin festgelegt.

Feld	Erläuterung	Methode
Sterilitätsbehandlung	Im Freitext angeben, ob Sterilitätsbehandlung, wie IVF, ICSI, Insemination, Clomiphen erfolgt. Evtl. exaktes Datum der Punktion angeben (Geburtsterminbestimmung)	
Erster Tag der letzten normalen Regel	Im Freitext den ersten Tag der letzten Regel angeben. Das Datum in TTMMJJ angeben	
Errechneter Geburtstermin	Im Freitext den errechneten Geburtstermin angeben. Das Datum in TTMMJJ angeben	
Geburtstermin durch Ultraschall	Im Freitext Geburtstermin durch Ultraschall angeben. Falls durch US berechneter Geburtstermin idem zum errechneten Datum: TTMMJJ bestätigen und SSW der Verifizierung eintragen. Falls Geburtstermin unterschiedlich, geänderten Geburtstermin TTMMJJ und SSW der Verifizierung eintragen	Eine Korrektur des Geburtstermins durch Ultraschall wird nur dann durchgeführt, wenn die Abweichung beider Termine mehr als 5 Tage beträgt.

Seite 13: ZUSATZBEFUNDE FÜR DIE 1. UNTERSUCHUNG

Allgemeines: In diesen Feldern wird der gynäkologische Status erhoben. Die zusätzliche klinische Untersuchung der Schwangeren wird auf Seite 14/15 eingetragen.

Feld	Erläuterung	Methode
Datum, SSW	Das Datum der Untersuchung in TTMMJJ und SSW in vollendete SSW + Tage angeben	
Gynäkologischer Status	Feld ankreuzen, ob gynäkologischer Status unauffällig/auffällig; falls auffällig im Freitext erläutern	
Brust	Feld ankreuzen, ob Mammastatus unauffällig/auffällig; falls auffällig im Freitext erläutern	
PAP- Test	Im Freitext das Ergebnis des PAP-Testes I-V eintragen.	
Vaginal-Sekret (nativ)	Im Freitext den Reinheitsgrad des Vaginalsekretes I-III eintragen.	Vaginalsekretuntersuchung nativ oder nach Gram
Über Folgen von Rauchen und Alkohol in Schwangerschaft aufgeklärt	Feld ankreuzen JA/NEIN ob über Folgen von Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft aufgeklärt wurde	
Schwangerschaftsgymnastik empfohlen	Feld ankreuzen JA/NEIN ob Schwangerschaftsgymnastik empfohlen wird	

Seite 14-15: SCHWANGERENUNTERSUCHUNG

Allgemeines: Auf diesen zwei Seiten werden sämtliche klinische Untersuchungen während der Schwangerschaft dokumentiert, inklusive der ersten Schwangerschaftsuntersuchung in Ergänzung zu Seite 13.

Feld	Erläuterung	Methode
Datum	Im Freitext das Datum der Untersuchung in TTMMJJ angeben	
SSW + d	Im Freitext die vollendete Schwangerschaftswoche + Tage angeben (<i>Bsp SSW 25+4</i>)	Angabe in abgeschlossenen SSW + Tagen
<u>Gewicht kg</u> Nikotin (Zig/d)	Im oberen Teil des Feldes das aktuelle Gewicht in kg angeben; im unteren Anteil des Feldes den täglichen Zigarettenkonsum in Stückanzahl angeben	
Blutdruck	Im Freitext den Blutdruckwert (systolisch /diastolisch) in mmHg angeben	
<u>Ödeme</u> Varizen	Im oberen Teil des Feldes Grad der Ödeme angeben; im unteren Teil des Feldes vorhandene Varizen angeben	Grad der Ödeme angeben in: - keine; + leichte; ++mäßige; +++starke Ödeme Vorhandene Varizen angeben in: - keine; + leichte; ++mäßige; +++starkeVarizen
Kindeslage	Im Freitext die Lage des Kindes angeben: SL, QL, BEL oder Schräglage	
<u>Herztöne</u> Kindesbewegungen	Im oberen Anteil des Feldes Herztöne eintragen die durch Ultraschall oder Dopton verifiziert werden. Angeben als: + /- (US/Dpt) Im unteren Teil des Feldes Kindesbewegungen angeben (positiv in Form eines +) Eventuell 1. Kindesbewegungen dokumentieren: (Bsp: 1. KBW= SSW 22)	
Gyn. Befund	Im Freitext gynäkologischen Befund angeben. Angeben als Vaginalbefund oder evtl. als Zervixlänge (US)	

Harnbefund	Im Freitext Harnbefund durch Harnstreifenkontrolle angeben. Falls Harnstreifen unauffällig: angeben als /oder negativ Falls Harnstreifen positiv: angeben z.B. Glu+, EW+
Auffälligkeiten, Verordnungen, Sonstiges	Im Freitext Auffälligkeiten oder Procedere eintragen: Bsp: Wehen, Freistellung, Verordnung von Medikamenten (Folsäure, Vitamine, Eisen)

Seite 16: STEMPEL UND ÄRZTLICHE UNTERSCHRIFT FÜR DIE UNTERSUCHUNGEN DER SEITEN 14/15

Allgemeines: Diese Seite beinhaltet das Datum der jeweils durchgeführten Untersuchung mit Stempel und Unterschrift des Untersuchers. Ziel soll sein, durchgeführte Untersuchungen nachvollziehen zu können, insbesondere nach Abgabe der Seite 63/64 beim zuständigen Krankenversicherungsträger (Stempel der Mutter-Kind-Pass- Untersuchungen).

Seite 17: BESONDERE BEFUNDE IN DER SCHWANGERSCHAFT

Allgemeines: Auf dieser Seite werden pathologische Zustände, die im Verlauf der Schwangerschaft aufgetreten sind, zusammengefasst. Auf diese Weise kann man schnell einen Überblick über alle vorhandenen Erkrankungen erhalten.

Feld	Erläuterung	Methode
Blutung vor der 28.SSW	Feld ankreuzen, wenn eine vaginale Blutung vor der SSW 28 aufgetreten ist.	
Blutung nach der 28.SSW	Feld ankreuzen, wenn eine vaginale Blutung nach der SSW 28 aufgetreten ist.	
Plazenta praevia	Feld ankreuzen, wenn eine Plazenta praevia vorliegt. Details zum Plazentasitz können bei den jeweiligen Ultraschalluntersuchungen (Seite 22,23) dokumentiert oder im Feld „andere Auffälligkeiten“ beschrieben werden.	
Polyhydramnion	Feld ankreuzen, wenn eine vermehrte Fruchtwassermenge vorliegt. Details zur Fruchtwassermenge können bei den jeweiligen Ultraschalluntersuchungen (Seite 22,23) dokumentiert oder im Feld „andere Auffälligkeiten“ beschrieben werden.	siehe Methodik Ultraschall, Seite 22-23
Oligohydramnion	Feld ankreuzen, wenn eine verminderte Fruchtwassermenge vorliegt. Details zur Fruchtwassermenge können bei den jeweiligen Ultraschalluntersuchungen (Seite 22,23) dokumentiert oder im Feld „andere Auffälligkeiten“ beschrieben werden.	siehe Methodik Ultraschall, Seite 22-23
Plazentainsuffizienz	Feld ankreuzen, wenn eine Plazentainsuffizienz vorliegt. Details zum fetalen Wachstum können bei den jeweiligen Ultraschalluntersuchungen (Seite 22,23) dokumentiert oder im Feld „andere Auffälligkeiten“ beschrieben werden.	
Vorzeitige Wehentätigkeit	Feld ankreuzen, wenn eine vorzeitige Wehentätigkeit aufgetreten ist. Details zum Zervixbefund können bei den jeweiligen Ultraschalluntersuchungen (Seite 22,23, freier Platz über dem Feld	

	„Datum“) oder bei den einzelnen Schwangerschaftsuntersuchungen (Seite 14,15, Feld „gyn. Befund“) dokumentiert oder im Feld „andere Auffälligkeiten“ beschrieben werden.	
Zervixinsuffizienz	Feld ankreuzen, wenn eine Zervixinsuffizienz aufgetreten ist. Details zum Zervixbefund können bei den jeweiligen Ultraschalluntersuchungen (Seite 22,23, freier Platz über dem Feld „Datum“) oder bei den einzelnen Schwangerschaftsuntersuchungen (Seite 14,15, Feld „gyn. Befund“) dokumentiert oder im Feld „andere Auffälligkeiten“ beschrieben werden.	
Anämie	Feld ankreuzen, wenn eine Anämie aufgetreten ist. Details zum mütterlichen Blutbild können bei den jeweiligen Laboruntersuchungen (Seite 24,25) dokumentiert oder im Feld „andere Auffälligkeiten“ beschrieben werden.	
Harnwegsinfekt	Feld ankreuzen, wenn ein Harnwegsinfekt aufgetreten ist.	
Indirekter Coombstest positiv (Rh)	Feld ankreuzen, wenn im mütterlichen Blut Antikörper gegen Antigene aus dem Rhesus-System (C, c, D, E, e) nachgewiesen wurden.	Dreistufiger Antikörper-Suchtest inkl. indirektem Coombstest aus mütterlichem Serum
Risiko aus anderen serologischen Befunden	Feld ankreuzen, wenn andere auffällige mütterliche oder kindliche serologische Befunde vorliegen.	
Hypertonie (>140/90 mmHg)	Feld ankreuzen, wenn eine Hypertonie vorliegt.	RR >140/90 mmHg
Eiweißsausscheidung (≥1g/l)	Feld ankreuzen, wenn eine Proteinurie vorliegt.	Mittelstrahlharn, Harnstreifen oder Harnchemie im Labor, Eiweiß im Harn ≥1g/l (bzw. ≥ 100mg/dl) bzw. ≥ 300mg Eiweiß im 24 h-Harn
Mittelgradige – schwere Ödeme	Feld ankreuzen, wenn mittelgradige oder schwere mütterliche Ödeme vorliegen.	
Gestationsdiabetes	Feld ankreuzen, wenn ein Gestationsdiabetes vorliegt.	75 g oGTTaus venösem Plasma: nü >92 mg/dl, 1h > 180 mg/dl, 2h >153 mg/dl. Ist einer der Werte pathologisch, wird dies als GDM gewertet und entsprechend behandelt
Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen	Freitextfeld zur Beschreibung allfälliger weiterer vorhandener mütterlicher Erkrankungen.	

Andere Auffälligkeiten	Freitextfeld zur Beschreibung allfälliger weiterer vorhandener Auffälligkeiten.
Vorzeitiger Mutterschutz beantragt am	Datum angeben, an welchem vorzeitiger Mutterschutz beantragt wurde

Seite 18: FETALE AUFFÄLLIGKEITEN / STATIONÄRE BEHANDLUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

Allgemeines:

Im oberen Teil der Seite können alle fetale Auffälligkeiten zusammenfassend beschrieben werden. Auf diese Weise kann man schnell einen Überblick über alle in der Schwangerschaft entdeckten fetalen Auffälligkeiten erhalten.

Im unteren Teil der Seite werden stationäre Aufenthalte während der Schwangerschaft, aber auch invasive Untersuchungen wie eine Chorionbiopsie oder Amniozentese dokumentiert.

Feld	Erläuterung	Methode
Fetale Auffälligkeiten während der Schwangerschaft	Fetale Auffälligkeiten, die im Verlauf der Schwangerschaft gefunden wurden, sollen an dieser Stelle im Freitext dokumentiert werden.	
Stationäre oder ambulante Behandlung während der Schwangerschaft	Stationäre Aufenthalte während der Schwangerschaft, aber auch invasive Untersuchungen wie eine Chorionbiopsie oder Amniozentese sollen durch Angabe des Zeitraums des stationären Aufenthalts, der Spitalsabteilung, der Diagnose und der durchgeführten Behandlung in den entsprechenden Feldern dokumentiert werden.	
Weitere Eintragungen	Hier können zusätzliche und über den Mutter-Kind-Pass hinausgehende Untersuchungen/Befunde dokumentiert werden. Beispiel: Biometrie, Nackentransparenz, Combined Test, usw.	

Seite 19: HEBAMMENBERATUNG SSW 18-22

Allgemeines: Auf dieser Seite soll die Durchführung einer Beratung der Schwangeren durch eine Hebamme zwischen der SSW 18 und 22 dokumentiert werden. Besondere Beratungsergebnisse können im Freitext vermerkt werden.

Seite 20: INTERNE UNTERSUCHUNG

Allgemeines: Zwischen der SSW 17 bis 20 soll die allgemeine internistische Untersuchung durchgeführt werden und auf dieser Seite dokumentiert werden. Bei eventuellen auffälligen Befunden soll die Schwangere darüber aufgeklärt werden und den entsprechenden Spezialisten zur Abklärung zugewiesen werden. Die Untersuchung ist von einem Internisten oder praktischen Arzt durchzuführen.

Seite 21: 1.ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG SSW 8-12

Allgemeines: Zwischen der Schwangerschaftswoche 8 und 12 wird eine geburtshilfliche Basisultraschalluntersuchung empfohlen. Darüber hinaus ist die Patientin über die Möglichkeit einer erweiterten Ultraschalluntersuchung (First Trimesterscreening) zur Entdeckung von Fehlbildungen und anderer Anomalien, sowie zur Risikoberechnung für Chromosomenanomalien aufzuklären.

Anmerkung zu Mehrlingsschwangerschaften: Bei Mehrlingsschwangerschaften wird die Ausstellung eines eigenen Mutter-Kind-Passes für jeden Mehrling und die getrennte Dokumentation der Ultraschalluntersuchung empfohlen. Eintragungen zur Mutter erfolgen nur in einem Pass.

Feld	Erläuterung	Methode
SSW + Tage errechnet	Durch die Naegelsche Regel errechnete Schwangerschaftswoche (SSW)	Angabe in abgeschlossenen SSW + Tagen
SSW + Tage laut Ultraschall	Durch Ultraschall verifizierte Schwangerschaftswoche (SSW)	Vaginalsonographie oder Abdominalsonographie. Messung der Scheitel-Steißlänge (SSL) in mm und Bestimmung des Geburtstermins laut Wachstumskurven. Angabe in abgeschlossenen SSW + Tagen. Eine Korrektur des Geburtstermins durch US wird nur dann durchgeführt, wenn die Abweichung beider Termine mehr als 5 Tage beträgt.
Intrauteriner Sitz	Ankreuzen der Auswahlfelder: - Ja, falls Embryonal-/Fetalanlage intrauterin sichtbar ist - Nein, falls Embryonal-/Fetalanlage intrauterin nicht sichtbar ist	Vaginalsonographie oder Abdominalsonographie. Längsschnitt des Uterus mit gleichzeitiger Darstellung von Embryonal-/Fetalanlage und Zervix.
Herzaktion	Ankreuzen der Auswahlfelder: - Ja, falls Herzaktion sichtbar ist - Nein, falls Herzaktion nicht sichtbar ist	Vaginalsonographie oder Abdominalsonographie
SSL des Embryos in mm	Angabe der Scheitel-Steißlänge (SSL) des Embryos /Fetus in mm im Freitext	Vaginalsonographie oder Abdominalsonographie Sagittalschnitt und Messung der Distanz vom höchsten Punkt des Kopfes bis zum Steißbein = Scheitel-Steiß-Länge (SSL) in mm (außen-außen gemessen)
Mehrlingsschwangerschaft	Ankreuzen des Auswahlfeldes: Ja, falls es sich um eine Mehrlingsschwangerschaft handelt. Im Freitext die Anzahl der Embryonal-/Fetalanlagen angeben.	Vaginalsonographie oder Abdominalsonographie: Dichorial/diamnial (DC/DA):  λ- Sign

	Ankreuzen der Auswahlfelder: • Dichorial, falls es sich um eine dichoriale Schwangerschaft handelt. • Monochorial, falls es sich um eine monochoriale Schwangerschaft handelt. Bei höhergradigen Mehrlingen im Freitext (unten) die exakte Chorionizität angeben.	Monochorial/diamnial (MC/DA):  T Sign
Erschwerte Untersuchungsbedingungen	Ankreuzen der Auswahlfelder: • Ja, falls erschwerte Untersuchungsbedingungen, wie z.B. Adipositas, Myome, Darmgasüberlagerung, ungünstige fetale Lage usw. vorherrschen • Nein, falls keine erschwerten Untersuchungsbedingungen vorherrschen	
Aufklärung über weiter pränataldiagnostische Untersuchung erfolgt	Ankreuzen der Auswahlfelder: • Ja, falls eine Aufklärung über eine erweiterte Ultraschalluntersuchung (First-Trimesterscreening) durchgeführt wurde. • Nein, falls keine diesbezüglichen Schritte vorgenommen worden sind	
Datum	Datum der Untersuchung, sowie Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin, die die Untersuchung durchgeführt hat	

Seite 22: 2.ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG SSW 18-22

Allgemeines: Zwischen der Schwangerschaftswoche 18 und 22 wird eine geburtshilfliche Basisultraschalluntersuchung empfohlen. Darüber hinaus ist die Patientin über die Möglichkeit einer erweiterten Ultraschalluntersuchung (Organscreening) zur Entdeckung von Fehlbildungen und anderer Anomalien, sowie zum Screening auf Chromosomenanomalien aufzuklären.

Anmerkung zu Mehrlingsschwangerschaften: Bei Mehrlingsschwangerschaften wird die Ausstellung eines eigenen Mutter-Kind-Passes für jeden Mehrling und die getrennte Dokumentation der Ultraschalluntersuchung empfohlen. Eintragungen zur Mutter erfolgen nur in einem Pass.

Feld	Erläuterung	Methode
SSW + Tage	Durch Frühultraschall verifizierte Schwangerschaftswoche (SSW), falls nicht vorhanden: errechnete SSW	Angabe in abgeschlossenen SSW + Tagen
Zahl der Feten	Anzahl der sichtbaren Feten	Abdominalsonographie
Plazentalokalisation	Beschreibung des Sitzes der Plazenta durch 1. Angabe der Lokalisation • Vorderwand • Hinterwand • Seitenwand rechts/links • Fundus • bzw. Übergänge der o.g. Lokalisationen 2. Bei tiefem Plazentasitz Angabe des Abstands vom kaudalen Plazentarand zum inneren Muttermund 3. Plazenta previa marginalis/partialis/totalis	Abdominalsonographie, bei tiefem Sitz oder Plazenta praevia zur besseren Beurteilung auch Vaginalsonographie
Fruchtwassermenge	Angabe der Fruchtwassermenge durch Ankreuzen eines der drei Auswahlfelder • normal • Polyhydramnion (vermehrte Fruchtwassermenge) • Oligohydramnion (verminderte Fruchtwassermenge)	Abdominalsonographie, Beurteilung der Fruchtwassermenge entweder subjektiv (durch Schätzung) oder mit einem der beiden folgenden objektiven Verfahren: • Fruchtwasserindex: Messung der vertikalen Ausdehnung der jeweils größten Fruchtwasserlakune ohne Nabelschnur in jedem der vier Quadranten kranial-links, kaudal-links, kaudal-rechts und kranial-rechts und Addition der vier Messwerte, Vergleich mit einer Normkurve • größte Fruchtwasserlakune: Messung der vertikalen Ausdehnung der größten einstellbaren Fruchtwasserlakune, wobei diese eine horizontale Ausdehnung von mind. 1 cm haben

		muss, Vergleich mit einer Normkurve
Biparietaler Durchmesser und/oder Kopfumfang	Die Größe des kindlichen Schädels wird durch Messung des biparietalen Durchmessers (BPD) oder besser des Kopfumfangs (KU) bestimmt. Zur Messung des KU werden entweder der BPD und der fronto-okzipitale Durchmesser (FOD) bestimmt und daraus der KU errechnet oder der KU direkt gemessen.	Abdominalsonographie, Einstellung einer Transversalebene durch den fetalen Kopf. Das Mittellinienecho ist zentral gelegen sichtbar, in gleichem Abstand vom proximalen und distalen Schädelknochenecho. Das Cavum septi pellucidi und der Thalamus sind sichtbar. • BPD: Messung des knöchernen Schädels an der breitesten Stelle, im rechten Winkel zum Mittellinienecho, vom Außenrand des proximalen zum Außenrand des distalen Schädelknochens (außen/außen) • FOD: Messung des knöchernen Schädels an der breitesten Stelle, entlang des Mittellinienechos, vom Außenrand des frontalen zum Außenrand des okzipitalen Schädelknochens (außen/außen)
Abdomen quer oder Abdomenumfang	Die Größe des kindlichen Abdomens wird durch Messung des queren Durchmessers des Abdomens (ATD) oder besser des Abdomenumfangs (AU) bestimmt. Zur Messung des AU werden entweder der ATD und der anterior-posteriore Durchmesser des Abdomens (AAP) bestimmt und daraus der AU errechnet oder der AU direkt gemessen.	Abdominalsonographie, Einstellung eines runden Querschnitts durch das kindliche Abdomen, die Leber und der kindliche Magen sind sichtbar, die Umbilikalvene ist im höchsten Abschnitt innerhalb der Leber kurz angeschnitten, die drei Ossifikationskerne der Wirbelsäule sind sichtbar, die Rippen sind symmetrisch angeschnitten. • AAP: Messung des größten geraden Durchmessers des Abdomens, von der fetalen Wirbelsäule zur vorderen Bauch wand (außen/außen) • ATD: Messung des größten queren Durchmessers des Abdomens, rechtwinklig zum AAP, an den äußersten Stellen des Abdomenumfangs (außen/außen)
Femurlänge	Die Größe der unteren kindlichen Extremitäten wird durch die Messung der Femurlänge (FL) eines kindlichen Femurs bestimmt.	Abdominalsonographie, Einstellung des schallkopfnäheren Femurs, Messung der Diaphysenlänge ohne Femurkopf und ohne distale Femurepiphyse

Biometrie entsprechend SSW	Ankreuzen der Auswahlfelder: • Ja, falls alle kindlichen Messwerte (BPD oder KU, ATD oder AU, FL) der SSW entsprechen. • Nein, falls einer oder mehrere kindliche Messwerte nicht der SSW entsprechen.	Eintragung der Messwerte in die Normwachstumskurven auf den Seiten 24 (BPD) oder 25 (KU), 26 (AU) und 27 (FL), jeweils zur SSW zum Zeitpunkt der Untersuchung. Wenn ein Messwert innerhalb der 5% und 95%-Kurven liegt, entspricht dieser der SSW.
Kontrollbedarf	Ankreuzen der Auswahlfelder: • Ja, falls das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung eine zusätzliche Kontrolluntersuchung notwendig macht. • Nein, falls das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung keine zusätzliche Kontrolluntersuchung notwendig macht.	
Weiterführende Untersuchung veranlasst wegen	Ankreuzen der Auswahlfelder: • Ja, falls die Patientin zum Zwecke einer weiterführenden Untersuchung an die entsprechende Einrichtung überwiesen wurde bzw. die Durchführung einer solchen Untersuchung mit der Patientin vereinbart wurde. In diesem Fall wird im Textfeld „wegen“ der Grund dafür eingetragen, dass der Patientin diese weiterführende Untersuchung empfohlen wurde. • Nein, falls keine diesbezüglichen Schritte vorgenommen worden sind.	
Aufklärung über Organscreening erfolgt	Ankreuzen der Auswahlfelder: • Ja, falls eine Aufklärung über eine erweiterte Ultraschalluntersuchung (Organscreening) durchgeführt wurde. • Nein, falls keine diesbezügliche Aufklärung durchgeführt wurde.	
Datum	Datum der Untersuchung, sowie Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin, die die Untersuchung durchgeführt hat.	

Seite 23: 3.Ultraschalluntersuchung SSW 30-34

Allgemeines: Zwischen der Schwangerschaftswoche 30 und 34 wird eine geburtshilfliche Basisultraschalluntersuchung empfohlen.

Anmerkung zu Mehrlingsschwangerschaften: Bei Mehrlingsschwangerschaften wird die Ausstellung eines eigenen Mutter-Kind-Passes für jeden Mehrling und die getrennte Dokumentation der Ultraschalluntersuchung empfohlen. Eintragungen zur Mutter erfolgen nur in einem Pass.

Feld	Erläuterung	Methode
SSW + Tage	Durch Frühultraschall verifizierte Schwangerschaftswoche (SSW), falls nicht vorhanden: errechnete SSW	Angabe in abgeschlossenen SSW + Tagen
Kindslage	Beschreibung der Lage des Feten: • Schädellage (SL) • Beckenendlage (BEL) • Querlage (QL) • Schräglage	Abdominalsonographie
Plazentalokalisation	Beschreibung des Sitzes der Plazenta durch 1. Angabe der Lokalisation • Vorderwand • Hinterwand • Seitenwand rechts/links • Fundus • bzw. Übergänge der o.g. Lokalisationen 2. Bei tiefem Plazentasitz Angabe des Abstands vom kaudalen Plazentarand zum inneren Muttermund 3. Plazenta previa marginalis/partialis/totalis	Abdominalsonographie, bei tiefem Sitz oder Plazenta praevia zur besseren Beurteilung auch Vaginalsonographie
Fruchtwassermenge	Angabe der Fruchtwassermenge durch Ankreuzen eines der drei Auswahlfelder • normal • Polyhydramnion (vermehrte Fruchtwassermenge) • Oligohydramnion (verminderte Fruchtwassermenge)	Abdominalsonographie, Beurteilung der Fruchtwassermenge entweder subjektiv (durch Schätzung) oder mit einem der beiden folgenden objektiven Verfahren: • Fruchtwasserindex: Messung der vertikalen Ausdehnung der größten Fruchtwasserlakune ohne Nabelschnur in jedem der vier Quadranten kranial-links, kaudal-links, kaudal-rechts und kranial-rechts und Addition der vier Messwerte, Vergleich mit einer Normkurve • größte Fruchtwasserlakune: Messung der vertikalen Ausdehnung der größten einstellbaren Fruchtwasserlakune,

		wobei diese eine horizontale Ausdehnung von mind. 1 cm haben muss, Vergleich mit einer Normkurve
Biparietaler Durchmesser und/oder Kopfumfang	Die Größe des kindlichen Schädels wird durch Messung des biparietalen Durchmessers (BPD) oder besser des Kopfumfangs (KU) bestimmt. Zur Messung des KU werden entweder der BPD und der fronto-okzipitale Durchmesser (FOD) bestimmt und daraus der KU errechnet oder der KU direkt gemessen	Abdominalsonographie, Einstellung einer Transversalebene durch den fetalen Kopf. Das Mittellinienecho ist zentral gelegen sichtbar, in gleichem Abstand vom proximalen und distalen Schädelknochenecho. Das Cavum septi pellucidi und der Thalamus sind sichtbar. • BPD: Messung des knöchernen Schädels an der breitesten Stelle, im rechten Winkel zum Mittellinienecho, vom Außenrand des proximalen zum Außenrand des distalen Schädelknochens (außen/außen) • FOD: Messung des knöchernen Schädels an der breitesten Stelle, entlang des Mittellinienechos, vom Außenrand des frontalen zum Außenrand des okzipitalen Schädelknochens (außen/außen)
Abdomen quer oder Abdomenumfang	Die Größe des kindlichen Abdomens wird durch Messung des queren Durchmessers des Abdomens (ATD) oder besser des Abdomenumfangs (AU) bestimmt. Zur Messung des AU werden entweder der ATD und der anterior-posteriore Durchmesser des Abdomens (AAP) bestimmt und daraus der AU errechnet oder der AU direkt gemessen	Abdominalsonographie, Einstellung eines runden Querschnitts durch das kindliche Abdomen, die Leber und der kindliche Magen sind sichtbar, die Umbilikalvene ist im höchsten Abschnitt innerhalb der Leber kurz angeschnitten, die drei Ossifikationskerne der Wirbelsäule sind sichtbar, die Rippen sind symmetrisch angeschnitten. • AAP: Messung des größten geraden Durchmessers des Abdomens, von der fetalen Wirbelsäule zur vorderen Bauch wand (außen/außen) • ATD: Messung des größten queren Durchmessers des Abdomens, rechtwinklig zum AAP, an den äußersten Stellen des Abdomenumfangs (außen/außen)

Femurlänge	Die Größe der unteren kindlichen Extremitäten wird durch die Messung der Femurlänge (FL) eines kindlichen Femurs bestimmt	Abdominalsonographie, Einstellung des schallkopfnäheren Femurs, Messung der Diaphysenlänge ohne Femurkopf und ohne distale Femurepiphyse
Biometrie entsprechend SSW	Ankreuzen der Auswahlfelder: • Ja, falls alle kindlichen Messwerte (BPD oder KU, ATD oder AU, FL) der SSW entsprechen. • Nein, falls einer oder mehrere kindliche Messwerte nicht der SSW entsprechen	Eintragung der Messwerte in die Normwachstumskurven auf den Seiten 24 (BPD) oder 25 (KU), 26 (AU) und 27 (FL), jeweils zur SSW zum Zeitpunkt der Untersuchung (siehe Feld SSW + Tage). Wenn ein Messwert innerhalb der 5% und 95%-Kurven liegt, entspricht dieser der SSW
Kontrollbedarf	Ankreuzen der Auswahlfelder: • Ja, falls das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung eine zusätzliche Kontrolluntersuchung notwendig macht • Nein, falls das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung keine zusätzliche Kontrolluntersuchung notwendig macht	
Weiterführende Untersuchung veranlasst wegen	Ankreuzen der Auswahlfelder: • Ja, falls die Patientin zum Zwecke einer weiterführenden Untersuchung an die entsprechende Einrichtung überwiesen wurde bzw. die Durchführung einer solchen Untersuchung mit der Patientin vereinbart wurde. In diesem Fall wird im Textfeld „wegen“ der Grund dafür eingetragen, dass der Patientin diese weiterführende Untersuchung empfohlen wurde. • Nein, falls keine diesbezüglichen Schritte vorgenommen worden sind	
Datum	Datum der Untersuchung, sowie Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin, die die Untersuchung durchgeführt hat	

Seite 24: Laboruntersuchungen bis 16. SSW

Allgemeines: Auf dieser Seite werden die Ergebnisse des ersten Blocks von Laboruntersuchungen zusammengefasst. Die Durchführung dieser Laboruntersuchungen wird bis zur SSW 16 empfohlen. Falls diese Untersuchungen nicht bis zur SSW 16 durchgeführt worden sind, wird die Nachholung zum nächstmöglichen Termin empfohlen.

Feld	Erläuterung	Methode
Blutgruppe	Angabe der Blutgruppe im ABO-System durch Ankreuzen eines der vier Auswahlfelder • A • B • AB • 0 Falls bei der Patientin Besonderheiten bei der Blutgruppe im ABO-System vorliegen (schwaches A oder B, irreguläre Antikörper im ABO-System), sollen diese Besonderheiten neben dem Feld dokumentiert werden.	1. Testung von mütterlichen Erythrozyten mit den Antikörpern Anti-A, Anti-B, und Anti-AB 2. Gegenprobe: Testerythrozyten der Blutgruppen A1, A2, B, und 0 werden gegen das mütterliche Serum getestet. 3. Eigenkontrolle: mütterliche Erythrozyten werden gegen das mütterliche Serum getestet. 4. Auswertung: • Positiv, falls eine Agglutination vorliegt • Negativ, falls keine Agglutination vorliegt.
Rhesusfaktor	Angabe des Rhesusfaktors D durch Ankreuzen eines der zwei Auswahlfelder • pos., wenn die mütterlichen Erythrozyten das Antigen D exprimieren. • neg., wenn die mütterlichen Erythrozyten das Antigen D nicht exprimieren. Falls bei der Patientin eine Variante des Antigens D vorliegt (z.B. schwaches D, D(u)...), soll das Auswahlfeld „pos.“ angekreuzt werden und die Variante neben dem Feld dokumentiert werden. Bei Rhesus-D-negativen Schwangeren wird bei unauffälligem Schwangerschaftsverlauf eine Anti-D-Immunprophylaxe (Verabreichung von 300µg = 1500 IE Anti D-Globulin i.m.) in der SSW 28 empfohlen. Falls Impfung erfolgt ist, im Freitext beschreiben. Eine durchgeführte Anti-D-Immunprophylaxe soll mit Datum, Unterschrift, und Chargennummer (Etikett) dokumentiert werden	1. Testung von mütterlichen Erythrozyten mit drei verschiedenen Anti-D Antikörpern 2. Rhesus-Kontrolle: Mütterliche Erythrozyten werden mit Albumin versetzt, zum Nachweis von Störfaktoren bei der Rhesus-Bestimmung 3. Auswertung: • Positiv, falls eine Agglutination vorliegt. • Negativ, falls keine Agglutination vorliegt.

Röteln-Antikörper	Angabe des Ergebnisses des Röteln-Antikörpertests durch Ankreuzen eines der zwei Auswahlfelder • pos., (Impfung nicht erforderlich) wenn Antikörper gegen Rötelnviren im mütterlichen Serum nachgewiesen wurden. • neg., (Impfung empfohlen) wenn keine Antikörper gegen Rötelnviren im mütterlichen Serum nachgewiesen wurden. Falls der Röteln-Antikörpertest negativ ist, wird die Durchführung einer Masern-Mumps-Rötelnimpfung im Wochenbett empfohlen.	Nachweis von Rötelnspezifischen IgG-Antikörpern mittels Immunoassays. Die bisher übliche Angabe des HHT Titers bzw. eine Umrechnung entfällt.
Lues Reaktion (TPHA)	Angabe des Ergebnisses des TPHA durch Ankreuzen eines der zwei Auswahlfelder • pos., wenn der TPHA positiv befundet wurde. • neg., der TPHA negativ befundet wurde.	Treponema-Pallidum-Hämagglutinations-Assay (TPHA)
Toxoplasmose-Untersuchung Pos. Vorbefund frühere SS	Angabe des Ergebnisses des Toxoplasmose-Antikörpertests in der letzten Schwangerschaft durch Ankreuzen eines der zwei Auswahlfelder • pos., wenn in der letzten Schwangerschaft Antikörper gegen Toxoplasmen im mütterlichen Serum nachgewiesen wurden. • neg., wenn in der letzten Schwangerschaft keine Antikörper gegen Toxoplasmen im mütterlichen Serum nachgewiesen wurden. Falls der Toxoplasmose-Antikörpertest positiv ist, sollen die nachgewiesenen Antikörper quantitativ als Titerstufe oder in Units in dem dafür vorgesehenen Feld dokumentiert werden.	ELISA-Test gegen IgG und IgM-Toxoplasmose-Antikörper, Quantifizierung der IgG-Antikörper durch Angabe in Titerstufen oder Units
Toxoplasmose-Untersuchung Aktueller Befund	Angabe des Ergebnisses des aktuellen Toxoplasmose-Antikörpertests in der jetzigen Schwangerschaft durch Ankreuzen eines der zwei Auswahlfelder • pos., wenn Antikörper gegen Toxoplasmen im mütterlichen Serum nachgewiesen wurden. • neg., wenn keine Antikörper	ELISA-Test gegen IgG und IgM-Toxoplasmose-Antikörper, Quantifizierung der IgG-Antikörper durch Angabe in Titerstufen oder Units

	gegen Toxoplasmen im mütterlichen Serum nachgewiesen wurden. Falls der Toxoplasmose-Antikörpertest positiv ist, sollen die nachgewiesenen Antikörper quantitativ als Titerstufe oder in Units in dem dafür vorgesehenen Feld dokumentiert werden.	
HIV Test durchgeführt	Durch Ankreuzen angeben, dass ein HIV-Test durchgeführt wurde	ELISA-Test zum Nachweis von HIV-Antikörpern, bei positivem Testbefund Bestätigung durch Western Blot
Erythrozytenzahl	Angabe der Ergebnisse des roten Blutbilds in den dafür vorgesehenen Feldern: • Erythrozytenanzahl, Angabe in M/μl - oder • Hämatokrit, Angabe in %	Blutbild
Hämoglobin	Hämoglobin, Angabe in g/dl	Blutbild
Datum	Datum, an dem die Laboruntersuchungen durchgeführt worden sind. Stempel und Unterschrift des/der ÄrztIn, die die Eintragung der Ergebnisse der Laboruntersuchung in den Mutter-Kind-Pass vorgenommen hat.	
Andere durchgeführte Untersuchungen	Im Freitext Möglichkeit zur Dokumentation anderer durchgeführter Untersuchungen	

Seite 25: Laboruntersuchungen in der 25-28. SSW

Allgemeines: Auf dem oberen Teil dieser Seite (HBs Antigen, oGTT und Erythrozytenanzahl) werden die Ergebnisse des zweiten Blocks von Laboruntersuchungen zusammengefasst. Die Durchführung dieser Laboruntersuchungen wird in der SSW 25-28 empfohlen. Falls diese Untersuchungen nicht bis zur SSW 28 durchgeführt worden sind, wird die Nachholung zum nächstmöglichen Termin empfohlen.

Auf dem mittleren Teil dieser Seite (Kontrollen, falls erforderlich) sind Laboruntersuchungen angeführt, die nicht allen Schwangeren, sondern nur manchen Schwangeren in Abhängigkeit von den bis dahin bereits erhobenen Vorbefunden (Details siehe unten) empfohlen werden.

Feld	Erläuterung	Methode
HBs Antigen	Angabe des Ergebnisses des HBs-Antikörpertests durch Ankreuzen eines der zwei Auswahlfelder • pos., wenn Antikörper gegen das HBs-Antigen im mütterlichen Serum nachgewiesen wurden. • neg., wenn keine Antikörper gegen das HBs-Antigen im mütterlichen Serum nachgewiesen wurden. Falls der HBs-Antikörpertest positiv ist und eine Laborzuweisung für eine weiterführende Hepatitis-B-Serologie ausgestellt wurde bzw. diese selbst durchgeführt wurde, soll das Feld „weitere Abklärung veranlasst“ angekreuzt werden.	ELISA-Test zum Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-B-surface-Antigen (HBs-Antigen)
oGTT (75g Glukose) mg/dl	Die Durchführung eines Screenings nach Gestationsdiabetes soll von allen Schwangeren durchgeführt werden, außer es liegt bereits ein bekannter Diabetes vor. Bezüglich des empfohlenen Zeitpunkts der Untersuchung wird wie folgt unterschieden: • Bei Schwangeren mit hochgradigem Verdacht auf Gestationsdiabetes (med. Indikation) wird die Durchführung eines oGTT zum frühestmöglichen Zeitpunkt empfohlen. Ist die Untersuchung zu diesem Zeitpunkt unauffällig, ist eine Wiederholung in der SSW 25-28 durchzuführen. • Alle übrigen Schwangeren ohne hohes Risiko eines Gestationsdiabetes sollen das Screening in der SSW 25-28 durchführen.	Bestimmung des Blutzuckerspiegels in nüchternem Zustand, Durchführung eines 75g oralen Glukosetoleranztests (oGTT), Bestimmung des Blutzuckerspiegels nach jeweils 1 und 2 Stunden nach dem Testbeginn. Grenzwerte: 75 g oGTTaus venösem Plasma: nü >92 mg/dl, 1h > 180 mg/dl, 2h >153 mg/dl. Ist einer der Werte pathologisch, wird dies als GDM gewertet und entsprechend behandelt

	Das Ergebnis des oGTTs wird in den dafür vorgesehenen Feldern durch Eintragung des Nüchternblutzuckerwertes, sowie des 1- und 2-Stundenwertes dokumentiert. Das Datum der Untersuchung soll zusätzlich dokumentiert werden. Werden in einer Schwangerschaft zwei oGTTs durchgeführt, so sollen die Ergebnisse beider Untersuchungen mit dem jeweiligen Untersuchungsdatum dokumentiert werden.	
Erythrozytenzahl	Angabe der Ergebnisse des roten Blutbilds in den dafür vorgesehenen Feldern: - Erythrozytenanzahl, Angabe in M/μl - oder - Hämatokrit, Angabe in %	Blutbild
Hämoglobin	Hämoglobin, Angabe in g/dl	Blutbild
Datum	Datum, an dem die Laboruntersuchungen durchgeführt worden sind. Stempel und Unterschrift der Person, die die Eintragung der Ergebnisse der Laboruntersuchung in den Mutter-Kind-Pass vorgenommen hat.	

Antikörper-Suchtest	Sind im Verlauf der Schwangerschaft Kontrollen des Antikörpersuchtests erforderlich, sollen die Ergebnisse jeder Kontrolluntersuchung mit dem Datum der Untersuchung, der SSW + Tage zum Zeitpunkt der Untersuchung und durch Ankreuzen eines der zwei Auswahlfelder dokumentiert werden: • pos., wenn Antikörper gegen erythrozytäre Antigene im mütterlichen Serum nachgewiesen wurden. • neg., wenn keine Antikörper gegen erythrozytäre Antigene im mütterlichen Serum nachgewiesen wurden. Falls der Antikörpersuchtest positiv ist, sollen die nachgewiesenen Antikörper • qualitativ (z.B. Anti-D, Anti-E,..) neben dem Feld dokumentiert werden • und quantitativ durch eine Angabe des Titers im vorgesehenen Feld dokumentiert werden.	Dreistufiger Antikörper-Suchtest inkl. indirektem Coombstest aus mütterlichem Serum zum Nachweis von Antikörper gegen erythrozytäre Antigene im Rhesus- und anderen Systemen. Bei positivem Antikörpersuchtest qualitative Beschreibung der Antikörper und Quantifizierung durch Angabe des Titers.
Toxoplasmose-Kontrolluntersuchungen	Sind im Verlauf der Schwangerschaft Kontrollen des Toxoplasmose-Antikörpertests erforderlich, sollen die Ergebnisse jeder Kontrolluntersuchung mit dem Datum der Untersuchung, der SSW + Tage zum Zeitpunkt der Untersuchung und durch Ankreuzen eines der zwei Auswahlfelder dokumentiert werden • pos., wenn Antikörper gegen Toxoplasmen im mütterlichen Serum nachgewiesen wurden. • neg., wenn keine Antikörper gegen Toxoplasmen im mütterlichen Serum nachgewiesen wurden. Falls der Toxoplasmose-Antikörpertest positiv ist, sollen die nachgewiesenen Antikörper quantitativ als Titerstufe oder in Units in dem dafür vorgesehenen Feld dokumentiert werden.	ELISA-Test gegen IgG und IgM-Toxoplasmose-Antikörper, Quantifizierung der IgG-Antikörper durch Angabe in Titerstufen oder Units Empfohlenes Kontrollintervall bei negativem Toxoplasmose Antikörper: 8-10 Wochen; letzte Kontrolle nicht vor der SSW 32.

Seite 26: ENTBINDUNG

Allgemeines: Auf dieser Seite wird das Geburtsdatum und der Geburtsmodus dokumentiert.

Feld	Erläuterung	Methode
TT MM JJ Uhrzeit SS+T	Im vorgedruckten Feld das Datum und Uhrzeit der Geburt und Schwangerschaftswoche angeben	TT = Tag , MM = Monat , JJ = Jahr ; SSW +T: vollendete Schwangerschaftswoche plus Tage (z.B. 40+1)
Geburtsdauer in Stunden	Im Freitext die Geburtsdauer in Stunden angeben	Der Geburtsbeginn wird definiert als Beginn einer regelmäßigen, schmerzhaften und anhaltenden Wehentätigkeit, die zur Eröffnung des Muttermundes führt, unabhängig vom Blasensprung
Blasensprung	Im Freitext die Zeit von Blasensprung bis Geburt in Stunden angeben	Bei Frühgeburten mit lange zuvor liegendem Blasensprung evtl. Datum des Blasensprungs angeben.
Fruchtwasser	Im Freitext angeben - Farbe des Fruchtwassers: klar, missfärbig, grün, blutig; - Menge des Fruchtwassers: normal, vermehrt, vermindert	
Mütterliche Erkrankung	Ankreuzen der Auswahlfelder der in der Schwangerschaft aufgetretenen Erkrankungen: Präeklampsie, HELLP, GDM, DMI/II. Nicht Aufgelistetes im Freitext dazuschreiben	<u>Präeklampsie</u> : Blutdruck ≥ 140 und / oder 90 und Proteinurie $\geq 300\text{mg}/24\text{h}$; <u>HELLP</u> : Trias aus: (H) Hämolyse (EL) pathologisch erhöhte Leberenzyme (LP) erniedrigte Thrombozytenzahl ($<100.000/\mu\text{l}$) <u>GDM</u> = Gestationsdiabetes: in der Schwangerschaft erstmals aufgetretene oder diagnostizierte Glukosestoffwechselstörung; <u>DMI/II</u> : schon vor der Schwangerschaft bestehender Diabetes mellitus Typ I/II
Mehrlingsgeburt	Ankreuzen der Auswahlfelder ob es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt. - Nein, falls Einlingsgeburt - Ja, falls Mehrlingsgeburt. In diesem Fall erneutes Ankreuzen der Auswahlfelder ob es sich um Mehrling I / II oder III handelt	Die Geburt in den schon vorausgefüllten Mutter/Kind Pass des jeweiligen Mehrlings eintragen. Die Ultraschalluntersuchung der Mehrlinge sollte in gesonderten Mutter-Kind Pässen eingetragen werden. Die mütterlichen Untersuchungsergebnisse müssen nur in einem Mutter-Kind-Pass eingetragen werden
Kindslage	Ankreuzen der Auswahlfelder ob es sich um eine Schädellage, Beckenendlage, oder Querlage	

	handelt; bei Schräglage oder sonstiger regelwidriger Lage exakte Lage im Freitext dazuschreiben.	
Geburtsmodus	Ankreuzen der Auswahlfelder: Spontan, Sectio, Manualhife, Vakuum , Forceps Bei Sectio eventuell dazuschreiben ob es sich um eine primäre oder sekundäre Sectio handelt.	Als <u>primäre Sectio</u> wird eine Sectio vor Geburtsbeginn und ohne Blasensprung sowie ohne vorangegangenen unmittelbaren Einleitungsversuch oder akuten Anlass bezeichnet. Eine <u>sekundäre Sectio</u> ist daher z. B. auch eine Sectio, die an sich geplant/ terminisiert war, tatsächlich aber nach Geburts(wehen)beginn und/oder Blasensprung durchgeführt wurde, eine Sectio im Anschluss an eine frustrane Einleitung, eine Sectio nach jedem vorzeitigen Blasensprung, eine Sectio vor Geburtsbeginn und ohne Blasensprung, jedoch bei bedrohlichen Blutungen, akutem Abdomen (z. B. V. a. vorzeitige Plazentalösung, V. a. Appendizitis), eklamptischem Anfall, pathologischem CTG ohne Wehen, Status febrilis unklarer Genese, V. a. Amnioninfektionssyndrom ohne Blasensprung, mütterlichem Schock (z. B. allergischer Genese, kardialer Ursache, bei Lungen-/Fruchtwasserembolie), mütterlicher Erkrankung(sverschlechterung) (z. B. bei Herz- oder Kreislauferkrankungen, Lebererkrankungen), V. a. Uterusruptur, Nabelschnurvorfal od. dgl.
Ind. operat. Geburtsbeendigung	Im Freitext die Indikation zur operativen Geburtsbeendigung auflisten: Bsp: drohende intrauterine Asphyxie, mangelnder Geburtsfortschritt, Frühgeburt, vorzeitiger Blasensprung, Mehrlingsgeburt, usw.	
Ind. medik. Einleitung	Im Freitext die Indikation zur medikamentösen Geburtseinleitung auflisten: Bsp: vorzeitiger Blasensprung, Terminüberschreitung, primäre Wehenschwäche, Medikamente beschreiben: Oxytocine, Prostaglandine (Gel, Bändchen, vaginale und orale	

	Tabletten). Nicht zu den hier gemeinten Einleitungen zählen andere Maßnahmen wie Einlauf, Akupunktur, Homöopathie	
Anästhesie	Ankreuzen der Auswahlfelder um welche Art der Anästhesie es sich handelt: lokal, Intubation, spinal oder epidural	
Geburtsverletzung	Ankreuzen der Auswahlfelder um welche Art der Geburtsverletzung es sich handelt: Episiotomie, Zervixriss, DRI/II, DR III/IV	<u>Episiotomie/Dammschnitt:</u> • mediane Episiotomie: Schnitt entlang der Mittellinie • mediolaterale Episiotomie: Schnitt ausgehend vom Mittelpunkt im 45°-Winkel • laterale Episiotomie: Schnitt im 45°-Winkel, jedoch etwa 2 cm von der Mitte versetzt <u>Dammriss 1. Grades:</u> Reine Verletzung der Haut des Dammes, meist an der hinteren Kommissur lokalisiert. <u>Dammriss 2. Grades:</u> Neben der oberflächlichen Hautverletzung ist auch die oberflächliche Dammuskulatur betroffen. Der Musculus sphincter ani externus bleibt intakt. <u>Dammriss 3. Grades:</u> Bei dieser tiefen Verletzung ist auch der Musculus sphincter ani externus betroffen und teilweise oder vollständig durchtrennt. Bezüglich Inkontinenz folgende weitere Unterteilung hilfreich ist: IIIA: Sphincter ani externus <50% betroffen; IIIB: Sphincter ani externus >50% betroffen; IIIC: Sphincter ani externus und internus betroffen <u>Dammriss 4. Grades:</u> Hierbei handelt sich um einen Dammriss 3. Grades unter Mitbeteiligung der Rektumvorderwand. Dammrisse (I. bis IV. Grades) sind praktisch immer Scheidendammrisse! Wenn also ein kleiner Scheidenriss noch das Hymen und/oder den Scheidenvorhof (Introitus) erreicht, soll er als Scheidendammriss I. Grades klassifiziert werden. Zusätzliche Risse in der Scheide bei

	einem Dammriss und/oder einer Episiotomie (auch in Form eines deutlichen Weiterisses oder Zusatzrisses) sollen auch zusätzlich als Scheidenrisse dokumentiert werden.
Blutverlust	Ankreuzen der Auswahlfelder des geschätzten Blutverlusts: normal <500ml; vermehrt >500ml Achtung: Blutverlust wird häufig unterschätzt!
Anomalien (Nabelschnur, Plazenta, Atonie)	Im Freitext Anomalien beschreiben wie echter Nabelschnurknoten, Nabelschnurumschlingung, Plazenta stark verkalkt, Plazenta unvollständig, Uterusatonie usw.
Datum	Datum der Geburt, Stempel des Krankenhauses und Unterschrift des/der ÄrztIn, die die Geburt geleitet hat

Seite 27: DAS NEUGEBORENE NACH DER GEBURT

Allgemeines: Auf dieser Seite wird das Neugeborene nach der Geburt dokumentiert. Falls Besonderheiten auftreten, insbesondere bei kinderärztlicher Intervention wird der Abschnitt ab „primäre Reanimation“ und „Besonderheiten“ vom Kinderarzt dokumentiert.

Feld	Erläuterung	Methode			
Name	Vorname des Kindes eintragen, falls schon bekannt. Nachname eintragen, falls dieser nicht ident zur Mutter.				
Geschlecht	Ankreuzen der Auswahlfelder des Geschlechts: m=männlich, w=weiblich				
Gewicht	Im Freitext Angabe des Gewichts in Gramm				
Länge	Im Freitext Angabe der Länge in cm				
Kopfumfang	Im Freitext Angabe des Kopfumfangs in cm				
Apgar	In der Tabelle Zustand des Kindes 1, 5 und 10 Minuten nach Geburt angeben, durch Beurteilung von Herzaktion, Atmung, Hautfarbe, Muskeltonus und Reflexe. Angabe des Apgar Scores durch Punkte für die einzelnen Kriterien (0-2) und des Gesamtzustands (0-10 Gesamtpunkte).	Kriterium	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte
		Herzfrequenz	kein Herzschlag	unter 100/min	über 100/min
		Atemantrieb	kein	unregelmäßig, flach	regelmäßig, Kind schreit
		Reflexe	keine	Grimassieren	kräftiges Schreien
		Muskeltonus	schlaff	leichte Beugung der Extremitäten	aktive Bewegung der Extremitäten
		Farbe	blau, blass	Stamm rosig, Extremitäten blau	gesamter Körper rosig

Nabelschnur pH (arteriell)	Arteriellen Nabelschnur pH im Freitext eintragen; falls dieser nicht durchgeführt venösen pH eintragen: dies jedoch deutlich kennzeichnen!	Messung des Nabelschnur PH mittels PH-Meter durch Abnahme von Kapillarblut aus der Nabelschnurarterie. Falls dies nicht durchführbar, Abnahme von Kapillarblut aus der Nabelschnurvene, und Messung des PH durch PH-Meter: dies jedoch gesondert kennzeichnen.
BE	Im Freitext Base Excess eintragen	Messung des Base Excesses durch Abnahme von Kapillarblut aus der Nabelschnurarterie. Falls dies nicht durchführbar, Abnahme von Kapillarblut aus der Nabelschnurvene, dies jedoch gesondert kennzeichnen
Hämatokrit Vol %	Im Freitext evtl. durchgeführten Hämatokrit in Vol % eintragen Einzutragen vom Untersucher (Kinderarzt oder Geburtshelfer)	
Blutzucker mg %	Im Freitext evtl. durchgeführte Blutzuckermessung im mg % angeben Einzutragen vom Untersucher (Hebamme, Kinderarzt oder Geburtshelfer)	
Primäre Reanimation	Ankreuzen der Auswahlfelder welche Maßnahmen der primären Reanimation durchgeführt wurden: Sauerstoffvorlage, Beutelbeatmung, Intubation, Nabelvenenkatheter, Herzmassage. Evtl. Medikamentengabe im Freitext dazuschreiben. Diese Feld ist vom behandelnden Arzt (Kinderarzt oder Geburtshelfer) auszufüllen	
Besonderheiten	Ankreuzen der Auswahlfelder um welche der angeführten Besonderheiten es sich handelt, wie intrauterine Asphyxie, neonatale Asphyxie, Schock, Atemstörung, Zyanose, Blässe, Ikterus, Unreife. Bei Malformation im Freitext exakte Diagnose dazuschreiben. Im Freitext dokumentieren wohin Kind transferiert wurde und von wem Intensivtransport durchgeführt wurde.	

	Ankreuzen des Auswahlfeldes ob kinderärztliche Kontrolle dringend empfohlen. Diese Feld ist vom behandelnden Arzt (Kinderarzt oder Geburtshelfer) auszufüllen
Datum	Datum der Geburt, Stempel des Krankenhauses und Unterschrift des/der ÄrztIn, die Befunde des Neugeborenen erhoben hat

Seite 28: WOCHENBETT

Allgemeines: Auf dieser Seite wird der Wochenbettverlauf dokumentiert. Es kann das Datum der mütterlichen und kindlichen Entlassung ersehen werden, ebenso eventuell durchgeführte Impfungen nachvollzogen werden.

Feld	Erläuterung	Methode
Wochenbett	Ankreuzen der Auswahlfelder ob Wochenbettverlauf auffällig oder unauffällig. Falls auffällig Besonderheiten im Freitext eintragen: Beispiel: Fieber, postpartale Blutung, Wochenbettdepression, schwere Anämie , Gabe von Blutkonserven usw.	
Anti-D-Prophylaxe	Ankreuzen der Auswahlfelder ob Anti-D-Prophylaxe im Wochenbett erfolgt	
Rötelnimpfung	Ankreuzen der Auswahlfelder ob Rötelnimpfung im Wochenbett erfolgt. Falls Ja im Freitext Name des Impfstoffs dokumentieren	
Mutter stillt	Ankreuzen der Auswahlfelder ob Mutter bei Entlassung stillt. Bei Teilstillen dies neben dem Auswahlfeld dazuschreiben.	
Mutter und Kind unauffällig entlassen am	Im Freitext Entlassungsdatum eintragen, falls Mutter und Kind gemeinsam und unauffällig entlassen.	
Mutter entlassen am	Falls nur Mutter entlassen und Kind verlegt bzw. noch in stationärer Betreuung : Entlassungsdatum der Mutter eintragen	
Kind verlegt am	Im Freifeld Datum eintragen, falls Kind zu einem späteren Zeitpunkt als nach der Geburt transferiert /verlegt wird. Achtung: Falls Kind gleich nach der Geburt verlegt wird dies auf Seite 27 dokumentieren!	

Seite 29: WEITERE EINTRAGUNGEN

Allgemeines: Auf dieser Seite können im Freitext zusätzliche Untersuchungen / Befunde von geburtshilflicher oder kinderärztlicher Seite dokumentiert werden.

Notizen:

www.bmg.gv.at

Dieser an Ärztinnen und Ärzte gerichtete Leitfaden beinhaltet Anleitungen zum Ausfüllen des geburtshilflichen Teils des Mutter-Kind-Passes vom Beginn der Schwangerschaft bis zur Geburt.