



Ereignis: **Fruchtwasserembolie**

I. Schwangere

1-1

1. Studiennummer _____

2. Aufnahme, die zur Geburt führt
Tag Monat Jahr

3. Geburtsjahr

4. Geburtsland der Mutter Österreich Anderes Land o.A.
 wenn anderes Land, welches: _____

4.1 Sprachprobleme vorhanden ja nein o.A.

5. Berufstätigkeit während der jetzigen Schwangerschaft ja nein

5.1 Tätigkeit der Mutter _____ oder o.A.

6. Ehestand alleinstehend verheiratet in fester Partnerschaft

7. Körpergröße cm

8. Gewicht vor Schwangerschaft kg

8.1 Gewichtszunahme bis Geburt kg

9. Raucherstatus bei Bekanntwerden der Schwangerschaft
 Nie-Raucherin Raucherin Exraucherin vor SS Exraucherin während SS

Wenn Raucherin: Anzahl Zigaretten pro Tag nach Bekanntwerden der Schwangerschaft

II. Anamnese**2-1**

1. Anzahl Paritäten ≥ 24 Wochen: < 24 Wochen:
2. Komplikationen bei vorausgegangenen Schwangerschaften ja nein
wenn ja Code eingeben (siehe Anlage 2/1) _____
- 2.1 Zusätzliche Erläuterungen _____

Spezieller Teil**2-2**

3. Allergischer Status der Schwangere:
- 3.1. Vorausgegangene Allergie ja nein
wenn ja, genau: _____
- 3.2. Atopien (Asthma, Ekzeme, Heuschnupfen) ja nein
wenn ja, genau: _____
4. Vorausgegangene Uterusoperationen ja nein Anzahl _____
wenn ja:
- **Myomektomie** ja nein Anzahl _____
Typ der Myomektomie: ohne Eröffnung des Cavum uteri mit Eröffnung des Cavum uteri
- **Operation einer Ruptur:** ja nein Anzahl _____
- **Vaginal-Operation:** ja nein Anzahl _____
wenn ja: _____
Typ der Vaginaloperation: Curettage Konisation
 Saugcurretage Sonstige
- **Operation einer Uterusfehlbildung** ja nein Anzahl _____
wenn ja:
Typ der Uterusfehlbildung Uterus bicornis Uterus sub septus sonstige
- **Sonstige Operationen** ja nein Anzahl _____
welche? _____
5. Vorausgegangene Uterusperforation ja nein
wenn ja, therapiert? konservativ laparoskopisch
6. Vorausgegangene Sectiones ja nein
wenn ja, wie viele Sectiones? Anzahl _____
- 6.1 Letzte Entbindung per Sectio ja nein

Anlage 1 (Angaben zu vorausgegangenen Sectiones) ausfüllen! (8-1)

1. Errechneter Termin: Datum Blutgruppe o.A

Tag Monat Jahr

2. Mehrlingsschwangerschaft ja nein
 wenn ja, Anzahl Feten

3. Schwangerschaft mit IVF ja nein

4. SSW bei erster MKP-Untersuchung

5. Komplikationen in dieser Schwangerschaft ja nein
 wenn ja Code eingeben (siehe Anlage 2/2) _____

5.1 Zusätzliche Erläuterungen _____

6. Nachweis auf Risikoevents

	SSW	Datum		
-Amniozentese, andere Manipulationen an der Gebärmutter		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>
-Abdominaltrauma		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>
-Verdacht auf Uterusruptur		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>
-Vorzeitige Plazentalösung		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>
-Plazenta praevia		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>
-Verdacht auf Plazenta accrete		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>
-Polyhydramnion		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>

7. Geplanter Entbindungsmodus vaginal primäre Sectio

1. Fehlgeburt ja nein
 wenn ja Datum
Tag Monat Jahr

2. Abbruch der Schwangerschaft ja nein
 wenn ja Datum
Tag Monat Jahr

3. Geburtseinleitung ja nein
 Indikationen _____

4. Einleitung mit Prostaglandin Amniotomie Sonstiges _____
 Oxytocin Ballonkatheter

4.1 wenn Prostaglandin, Darreichung vaginal Gel, PGE 1 und 2 Prostaglandin oral (Cyprostol)
 vaginal Tablette, PGE 1,2 Tampon-Propess PGE 2

4.1.1 Medikament _____ Dosis _____ mg

4.2 wenn Oxytocin Dauer
Stunde Minute

5. Beginn regelmäßiger Wehen Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute

5.1. Hyperstimulation ja nein
 -Heftige Wehen, Uterustetatie ja wenn ja, wie lang _____

6. Geburtsmodus spontan primäre Sectio Vakuum
 sekundäre Sectio Forceps Notsectio

6.1 Indikation für operative Geburt _____

7. Anästhesie ja nein

7.1 wenn ja, welche Allgemeinanästhesie Spinalanästhesie Epi-/Periduralanästhesie

8. Traten Blutungen auf ja nein
 wenn ja Datum Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute

Blutverlust in ml

V. Fruchtwasserembolie

5-1

1. Datum der FWE Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute

2. Datum des Verdachts auf FWE Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute

3. vorzeitiger Blasensprung ja nein
 Datum Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute

3.1 wenn ja war vorzeitiger Blasensprung artifizuell spontan

4. Meconium-Verschmutzung des FW frisch alt keine

5. fetaler Distress vor dem Kollaps der Mutter? ja nein
 wenn ja, erläutern _____

6. Geburtsphase der Mutter bei FWE erste zweite nach Geburt

7. Anästhesie zum Zeitpunkt des Kollaps ja nein
 wenn ja, welche Allgemein Spinal Epi-/Peridural

8. Anwesenheit von med. Personal beim Kollaps ja nein
 wenn ja, Titel ranghöchste Person _____

9. Zeitpunkt erste Untersuchung durch einen Gynäkologen nach Kollaps Uhrzeit :
Stunde Minute

10. Zeitpunkt erste Untersuchung durch einen Anästhesisten nach Kollaps Uhrzeit :
Stunde Minute

11. Assoziierte Erkrankungen

11.1 disseminierte intravaskuläre Koagulopathie (DIC) ja nein
 wenn ja, Therapie? _____

11.2 andere Erkrankungen ja nein
 wenn ja, welche und wie wurde therapiert? _____

12. Therapie der FWE

Hysterektomie Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute

Austauschtransfusion Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute

Plasmaaustausch Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute

Faktor VIIa Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute

Andere Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute
 wenn Andere, erläutern _____

13. Wurden Blutprodukte gegeben? ja nein

wenn ja, Anzahl Konserven (X mal Y ml)

Erythrozytenkonzentrate _____ frisch gefrorenes Plasma _____ Thrombozyten _____
 Faktor II (Prothrombin) _____ Faktor VII (Novoseven) _____ Cell-Saver _____
 Faktor I (Fibrinogen/Hämocomplettan) _____ Sonstige _____

13.1 Blutprodukte abgelehnt? ja nein

13.2 Zusätzliche Erläuterungen _____

Spezieller Teil

5-2

14. Klinische Symptome und Zeichen von FWE

- fetaler Distress
- Herzrhythmusstörung
- arterielle Hypotonie
- Herzstillstand, Asystolie
- Koagulopathie
- Hämorrhagie der Mutter
- Atemnot
- prodromale Symptome :Unruhe, Taubheit, Kribbeln, restlessness
- akuter Druckabfall
- Zyanose
- Krampfanfall/epilept. Anfall
- Sonstige

wenn Sonstige, welche _____
 (z.B. Kältegefühl, Lichtscheu, Angstzustand, Übelkeit, Erbrechen, Fingerempfindungsstörung, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen)

15. Klinische Diagnostik wurde unterstützt durch

- Spiral-CT
- Lungenzintigraphie
- Röntgen
- EKG
- Angiographie
- D-Dimere
- MRT

16. ROTEM ja nein

	Wert bei Diagnose der FWE	schlechtester Wert	Datum schlechtester Wert								
Thrombozyten (x10 ⁹ /l)	_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="2">Jahr</td></tr> </table>					Tag	Monat	Jahr	
Tag	Monat	Jahr									
aPTT (sec)	_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="2">Jahr</td></tr> </table>					Tag	Monat	Jahr	
Tag	Monat	Jahr									
Hämoglobin (g/l)	_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="2">Jahr</td></tr> </table>					Tag	Monat	Jahr	
Tag	Monat	Jahr									
Kreatinin (µmol/l)	_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="2">Jahr</td></tr> </table>					Tag	Monat	Jahr	
Tag	Monat	Jahr									
Fibrin g/l	_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="2">Jahr</td></tr> </table>					Tag	Monat	Jahr	
Tag	Monat	Jahr									
D-Dimer ng/ml	_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="2">Jahr</td></tr> </table>					Tag	Monat	Jahr	
Tag	Monat	Jahr									

VI. Outcome der Mutter**6-1**1. Fieber nach der Geburt ja nein

wenn ja, Diagnose: _____

2. Verlegung ja neinwenn ja, wohin? andere Fachabteilung Intensivstation anderes KrankenhausDatum
Tag Monat JahrUhrzeit :
Stunde Minute2.1 Dauer des Aufenthaltes: Tage

2.2 Komplikationen (Code eingeben siehe Anlage 2/3) (nicht nur bei Verlegung ausfüllen!)

2.3 Maßnahmen/Therapie _____

3. Entlassung der Mutter ja neinwenn ja Datum Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute4. Tod der Mutter ja neinwenn ja Datum Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute

4.1 primäre Todesursache (lt. Totenschein) _____

4.2 Obduktion ja neinwenn ja klinisch rechtsmedizinisch4.2.1 Fund von fetalem Epithelium, Haar oder anderen organischen Resten in der Lunge ja nein

1. Anzahl Mehrlinge Laufende Nr. des Mehrlings

2. Geburt Datum: Uhrzeit: :
Tag Monat Jahr Stunde Minute

2.1 Geschlecht des Kindes männlich weiblich

2.2 Entbindungsmodus
 Spontan Forzeps primäre Sectio Notfallsectio
 Vakuum Manualhilfe/BEL sekundäre Sectio Sonstiges

2.3 Lage des Kindes
 regelrechte Schädellage Beckenendlage o.A.
 regelwidrige Schädellage Querlage

2.4 Geburtsgewicht: g

2.5 Länge des Kindes: cm

2.6 Kopfumfang des Kindes: cm

2.7 Anwesenheit eines Pädiaters bei der Geburt ja nein

2.8 Anwesenheit eines Pädiaters nach der Geburt ja nein

3. Totgeburt ja nein
wenn ja, Zeitpunkt: ante partum sub partum Todeszeitpunkt o.A.

4. APGAR (nach 5 Minuten) _____ pCO₂ _____
NSA pH-Wert _____ Laktat _____
Base Excess ABE/SBE _____ NSU (Nabelschnurumschlingungen) _____

5. Verlegung auf Intensivstation (NICU) ja nein
wenn ja Datum Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute
wenn ja, Dauer auf Intensivstation: _____ Tage

6. Kindliche medizinische Komplikationen (Code eingeben, siehe Anlage 2/4) _____
Sonstiges _____

7. Postpartal verstorben ja nein
wenn ja Datum Uhrzeit :
Tag Monat Jahr Stunde Minute

7.1. Primäre Todesursache (lt. Totenschein)

Anlage 1: Angaben zur Sectio bei vorausgegangenen Schwangerschaften**8-1***Bitte für jede vorausgegangene Sectio ausfüllen!*

1. Sectio Geschlecht m w
1.1. Datum

Tag		Monat		Jahr	

2. CS Klassifikation Wunschsectio primäre Sectio sekundäre Sectio Notsectio
3. Gestationsalter _____ Wochen Indikation _____
4. Sectio vor Wehenbeginn ja nein
5. Muttermund-Weite _____
6. Schnittrichtung am Uterus? Queruterotomie Längsuterotomie Sonstige o.A.
6.1. Uterusnaht einschichtig, Einzelknopfnah einschichtig, fortlaufende Naht
 doppelschichtig o.A.
7. Postpartale Morbidität keine Wundinfektion Endometritis Sonstige

1. Sectio Geschlecht m w
1.1 Datum

Tag		Monat		Jahr	

2. CS Klassifikation Wunschsectio primäre Sectio sekundäre Sectio Notsectio
3. Gestationsalter _____ Wochen Indikation _____
4. Sectio vor Wehenbeginn ja nein
5. Muttermund-Weite _____
6. Schnittrichtung am Uterus? Queruterotomie Längsuterotomie Sonstige o.A.
6.1 Uterusnaht einschichtig, Einzelknopfnah einschichtig, fortlaufende Naht
 doppelschichtig o.A.
7. Postpartale Morbidität keine Wundinfektion Endometritis Sonstige

1. Sectio Geschlecht m w
1.1 Datum

Tag		Monat		Jahr	

2. CS Klassifikation Wunschsectio primäre Sectio sekundäre Sectio Notsectio
3. Gestationsalter _____ Wochen Indikation _____
4. Sectio vor Wehenbeginn ja nein
5. Muttermund-Weite _____
6. Schnittrichtung am Uterus? Queruterotomie Längsuterotomie Sonstige o.A.
6.1 Uterusnaht einschichtig, Einzelknopfnah einschichtig, fortlaufende Naht
 doppelschichtig o.A.
7. Postpartale Morbidität keine Wundinfektion Endometritis Sonstige

1. Komplikationen bei vorausgegangenen Schwangerschaften:

- 1.1 Amniozentese
- 1.2 Chirurgische Prozedur in SS
- 1.3 Dehydratation
- 1.4 Ernste Infektion, z.B. Pyelonephritis
- 1.5 Fehlgeburten - 3 oder mehr
- 1.6 Fruchtwasserembolie
- 1.7 Frühzeitige Lösung der Plazenta
- 1.8 Frühgeburt oder Tod des Kindes im 2. Trimester
- 1.9 Gestationsdiabetes
- 1.10 Hämorrhagie
- 1.11 Kind mit schwerer kongenitaler Anomalie
- 1.12 Neonataler Tod
- 1.13 OP während der SS
- 1.14 Persistierende Hyperemesis gravidarum
- 1.15 Plazenta praevia
- 1.16 Postpartale Hämotransfusion
- 1.17 Präeklampsie, Eklampsie
- 1.18 Puerperale Psychose
- 1.19 Ovariellles Hyperstimulationssyndrom
- 1.20 Thrombose
- 1.21 Todgeburt
- 1.22 Untergewichtige oder zu kleine Neugeborene SGA
- 1.23 Makrosomie LGA
- 1.24 Verlegung des Kindes auf Intensivstation

2. Vorerkrankungen der Mutter

- 2.1 Autoimmune Erkrankungen
- 2.2 Cancer
- 2.3 Diabetes
- 2.4 Endokrine Erkrankungen, z.B. Hypo- oder Hyperthyreose

- 2.5 Epilepsie
- 2.6 Erkrankungen der Niere
- 2.7 Essentielle Hypertonie
- 2.8 Hämatologische Erkrankungen, z.B. Sichelzellenanämie, Thrombophilie
- 2.9 Herzerkrankung
- 2.10 HIV
- 2.11 Inflammatorische Erkrankungen, z.B. Entzündungen des Darms
- 2.12 Psychiatrische Erkrankungen

3. Medizinische Komplikationen der Mutter

- 3.1 Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)
- 3.2 Apalische Syndrom (persistent vegetative state)
- 3.3 Disseminierte intravasale Koagulopathie (DIC)
- 3.4 HELLP
- 3.5 Kreislaufstillstand
- 3.6 Lungenödem
- 3.7 Mendleson`s Syndrom
- 3.8 Nierenversagen
- 3.9 Thrombose
- 3.10 Schlaganfall
- 3.11 Septicaemia

4. Medizinische Komplikationen des Kindes

- 4.1 Atemnotsyndrom
- 4.2 Austauschtransfusion
- 4.3 Chronische Lungenkrankheit
- 4.4 Ernste Fehlbildung
- 4.5 Ernste Infektion, z.B. Sepsis oder Meningitis
- 4.6 Fototherapie pflichtiger Ikterus
- 4.7 intraventrikuläre Haemorrhagie
- 4.8 Nekrotisierende Enterokolitis
- 4.9 Neonatale Enzephalopathie