



## 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  nein5.1 Tätigkeit der Mutter \_\_\_\_\_ oder  o.A.6. Ehestand  alleinstehend  verheiratet  in fester Partnerschaft7. Körpergröße 

 cm8. Gewicht vor Schwangerschaft 

 kg8.1 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 <sup>9</sup> /l)	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
aPTT (sec)	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hämoglobin (g/l)	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kreatinin (µmol/l)	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fibrin g/l	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D-Dimer ng/ml	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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       
Tag Monat Jahr Uhrzeit  :   
Stunde Minute4. Tod der Mutter  ja  neinwenn ja Datum       
Tag Monat Jahr Uhrzeit  :   
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) \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_  
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 

--	--

--	--

--	--	--	--

  
TagMonatJahr

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 

--	--

--	--

--	--	--	--

  
TagMonatJahr

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 

--	--

--	--

--	--	--	--

  
TagMonatJahr

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 Ovarielles 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