



## Ereignis: Lungenembolie

## 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:
- 1.1 Komplikationen bei vorausgegangenen Schwangerschaften  ja  nein  
wenn ja Code eingeben (siehe Anlage 2/1) \_\_\_\_\_
- 1.2 Zusätzliche Erläuterungen (primäre, sekundäre Thrombophilie, Sichelzellenanämie) \_\_\_\_\_

**Spezieller Teil****2-2**

2. Nachweis über vorausgegangene Kollagenosen, Autoimmunerkrank. (z.B. SLE)  ja  nein
3. Bereits bekannte Risikofaktoren für die Entstehung von Thrombosen:  
große chirurgische Eingriffe, Trauma, Fraktur, Verletzungen  ja  nein
- Myokardinfarkt, Insult  ja  nein
- Tumor  ja  nein
- TVT  ja  nein
- Varikositäs  ja  nein
- Hormonale Kontrazeption  ja  nein
- Hormonersatztherapie  ja  nein
- Thrombose in die Familie  ja  nein
- Nephrotisches Syndrom  ja  nein
- Sonstiges \_\_\_\_\_

4. Vorrausgegangene 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
- 6.1 Letzte Entbindung per Sectio  ja  nein  
wenn ja, wie viele Sectiones? Anzahl \_\_\_\_\_

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

**III. Jetzige Schwangerschaft****3-1**

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 Code eingeben (siehe Anlage 2/2) \_\_\_\_\_

5.1 Zusätzliche Erläuterungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Geplanter Entbindungsmodus  vaginal  primäre Sectio

**Spezieller Teil****3-2**

7. Thromboserisikoevents im dritten Trimenon:  
Immobilisation  $\geq 4$  Tage Tage \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Flugreise  $\geq 4$  Stunden Stunden \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Sitzen bei langen Autofahrten  $\geq 6$  Stunden  ja  nein
8. Wurde ein Thromboseprophylaktikum eingesetzt?  ja  nein  
wenn ja, erläutern (Medikamente, Tagesdosis) \_\_\_\_\_
9. Wurde eine Thromboseerkrankung (TE) vor PAE diagnostiziert?  ja  nein  
wenn ja, Diagnose \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_
- 9.1 Wie wurde die TE behandelt? \_\_\_\_\_
10. Aufnahme zur Geburt:       Uhrzeit   :
- Tag                      Monat                      Jahr                      Stunde                      Minute
- 10.1 Aufnahmediagnosen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 10.2 Therapeutische Maßnahmen bei Aufnahme \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. Geburtseinleitung  ja  nein

2. Indikationen \_\_\_\_\_

3. Bishop Score \_\_\_\_\_

4. Einleitung mit  Prostaglandin  Amniotomie  Sonstigem \_\_\_\_\_  
 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. Wehen  ja  nein

5.1 Beginn regelmäßiger Wehen       Uhrzeit   :    
Tag Monat Jahr Stunde Minute

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

9. Wann wurde die PAE  vor Geburt  bei Geburt  nach Geburt

wenn ja Datum       Uhrzeit   :    
Tag Monat Jahr Stunde Minute

9.1. Lage PAE  rechts  links  
 basal  apikal  
 zentral  sonstige

wenn sonstige, welche? \_\_\_\_\_

9.2. Klinische Diagnostik wurde unterstützt durch

Spiral-CT  Lungenzintigraphie  Röntgen  
 EKG  Angiographie  D-Dimere  
 MRT

9.3. Therapie PAE –medikamentös (Name, Dosis) \_\_\_\_\_

ECMO \_\_\_\_\_

chirurgischer Eingriff \_\_\_\_\_

10. Sectio?  ja  nein

a. MM-Weite \_\_\_\_\_ cm

b. Indikation \_\_\_\_\_

11. Hysterektomie im selben Eingriff?  ja  nein

wenn ja Datum

--	--

Tag

--	--

Monat

--	--	--	--

Jahr

Uhrzeit

		:		
--	--	---	--	--

Minute

11.1 Art der Hysterektomie

elektiv  
 total

Notfall  
 subtotal

12. Uterushistologie durch Pathologen  ja  nein

12.1 Befund \_\_\_\_\_

13. Weitere Therapie  ja  nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

14. Organschäden bei Hysterektomie  ja  nein

Ovar  ja  nein

Blase  ja  nein

Ureter  ja  nein

Darm  ja  nein

15. ROTEM  ja  nein

Werte vor Ereignis

tiefste Werte

Hämoglobin (g/l) \_\_\_\_\_

Fibrinogen (mg/l) \_\_\_\_\_

16. 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 \_\_\_\_\_

16.1 Blutprodukte abgelehnt?  ja  nein

16.2 zusätzliche Erläuterungen \_\_\_\_\_

1. Fieber nach der Geburt  ja  nein  
 wenn ja, Diagnose: \_\_\_\_\_

2. Verlegung  ja  nein  
 wenn ja, wohin?  andere Fachabteilung  Intensivstation  anderes Krankenhaus  
 Datum       Uhrzeit  :   
Tag Monat Jahr Stunde Minute

2.1 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  nein  
 wenn ja Datum       Uhrzeit  :   
Tag Monat Jahr Stunde Minute

4. Tod der Mutter  ja  nein  
 wenn ja Datum       Uhrzeit  :   
Tag Monat Jahr Stunde Minute

4.1 primäre Todesursache (lt. Totenschein) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.2 Obduktion  ja  nein  
 wenn ja  klinisch  rechtsmedizinisch

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 vorausgegangen Schwangerschaften**

**7-1**

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 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 Fototherapiepflichtiger Ikterus
- 4.7 intraventrikuläre Haemorrhagie
- 4.8 Nekrotisierende Enterokolitis
- 4.9 Neonatale Enzephalopathie