

Nummer: □/□□

Hausarzt: _____

Initialen: __. __.

Geburtsdatum: □□.□□.□□□□□□

Geschlecht: männlich weiblich

Größe: _____cm Gewicht: _____kg

Staatsangehörigkeit: deutsch andere: _____

Beruf: _____

FAMILIENANAMNESE:

	Geburtsjahr	atopische Erkrankungen			andere wichtige Krankheiten
		atopisches Ekzem	Heu-schnupfen	Asthma	
Vater:	19 □□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mutter:	19 □□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Geschwister:	1. □□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	2. □□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	3. □□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	4. □□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verwandte II°: (Großeltern, Tante, Onkel...)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

EIGENANAMNESE:

Schwangerschaftsverlauf: normal
Besonderheiten/Risikofaktoren: _____
 unbekannt

Geburt: Verlauf: normal Besonderheiten(z.B. Beatmung): _____
 unbekannt _____

Termin: Frühgeborenes (<37.SSW)
 Reifgeborenes (37.bis <42.SSW)
 Übertragenes Kind (ab 42.SSW)
 unbekannt

Geburtslänge: _____ cm

Geburtsgewicht: _____ g

Stillverhalten der Mutter: nein ja; wie lange? _____ unbekannt

Zigarettenkonsum:

- aktuell: gar nicht hin und wieder täglich unbekannt

- früher: ja nein

→ Beginn: _____ . Lebensjahr → _____ pack years

Zigarettenrauchexposition

im Wohnbereich/im Auto: ja nein unbekannt

Wohnverhältnisse: Lage: großstädtischer Charakter
 kleinstädtischer Charakter
 dörflicher Charakter
 unbekannt

Zustand der Wohnung: trocken feucht/Schimmel unbekannt

Heizung: Zentralheizung Ofenheizung unbekannt

Schlafstätte: Federbett Allergiebett unbekannt

Tiere im Haushalt bzw. im engen Kontakt: nein ja → Katze
→ Hund
→ Vogel
→ sonstige: _____

Frühere Erkrankungen des oberen und unteren Respirationstrakts:

Sonstige Grunderkrankungen: ja: _____ nein

Allergien: Tests: RAST PRICK nasale Provokation sonstige _____

Extrinsic Asthma: ja nein
 Monosensibilisierung gegen: _____
 Oligosensibilisierung gegen: _____
 Polysensibilisierung gegen: _____

Intrinsic Asthma: ja nein
Mischtyp: ja nein
Anstrengungsasthma: ja nein

Analgetika-Asthma-Syndrom(ASS-Asthma): ja nein

Typ III-Allergie (Präzipitine) : ja, gegen: _____ nein
Sonstige Allergien: _____

Asthma-Schweregrad:

- Asthma-Schweregrad bis zu 3 Monate vor der stationären Aufnahme:

- Stufe 1 (Symptome weniger als 1mal/Monat)
- Stufe 2 (Symptome mehr als 1mal/Monat tagsüber; bis 2mal/Monat nachts)
- Stufe 3 (Symptome mehr als 1mal/Woche tagsüber; mehr als 2mal/Monat nachts)
- Stufe 4 (starke Symptome an den meisten Tagen und Nächten)

- Asthma-Schweregrad unmittelbar (ca. 1 Woche) vor der stationären Aufnahme:

- Stufe 1
- Stufe 2
- Stufe 3
- Stufe 4

AKUTE KRISE:

Verschlechterung bis zur akuten Krise:

Beginn der Atemnot: am .. um Uhr
Tag Monat Jahr

Erster ärztlicher Kontakt: Hausarzt Pulmologe Notarzt Klinik
Medikation?: _____

Erreichen der Klinik bzw. stationäre Aufnahme: am .. um Uhr
Tag Monat Jahr in _____

- privat
- mit Rettungswagen

Verlegung: ja, nach _____ am .. nein
um _____ Uhr

Zustand bei Aufnahme → klinische Symptomatik:

Bewußtsein: bewußtlos getrübt klar

Vitalzeichen:
Herz-Kreislauf-Stillstand: ja nein

Intubation vorhanden: ja nein

Blutdruck: _____/_____ mmHg Herzfrequenz: _____ Schläge/min

Atemfrequenz: _____ Atemzüge/min

Zyanose: unter O₂-Zufuhr in Raumluft nein

Perkussion: hypersonor über der gesamten Lunge hypersonor über bestimmten Lungenregionen sonor

Auskultation:

- Direkter Grund der Beatmung:** Atemstillstand
 drohender Bewußtseinsverlust
 Zeichen drohender Erschöpfung
 Abfall der O₂-Sättigung

- Komplikationen:** Pneumothorax Arrhythmie
 Nosokomiale Infektion sonstige _____
 keine

Lungenfunktion (falls durchgeführt):

am ..
→ vor Beatmung

		<i>Soll</i>	<i>Ist</i>	<i>Ist /Soll%</i>
VCin	(l)	_____	_____	_____
FVC	(l)	_____	_____	_____
FEV1	(l)	_____	_____	_____
FEV1% VCin	(%)	_____	_____	_____
FEV1%FVC	(%)	_____	_____	_____
PEF	(l/s)	_____	_____	_____

am ..
→ nach Beatmung

		<i>Soll</i>	<i>Ist</i>	<i>Ist /Soll%</i>
VCin	(l)	_____	_____	_____
FVC	(l)	_____	_____	_____
FEV1	(l)	_____	_____	_____
FEV1% VCin	(%)	_____	_____	_____
FEV1%FVC	(%)	_____	_____	_____
PEF	(l/s)	_____	_____	_____

Höchstes Gesamt IgE: *vor der Verschlechterung:* _____
zum Höhepunkt der kritischen Phase: _____
zur Zeit der Besserung: _____

Gastroösophagealer Reflux: ja nein unbekannt

Immunglobulinbestimmung: IgG: _____ IgA: _____ nicht bestimmt
 IgM: _____ IgE: _____

IgG-Subklassenmangel: ja: _____ nein nicht bestimmt

Alpha 1-Antitrypsin: _____ nicht bestimmt

Typisierung: nicht bestimmt
(z.B.MM,MZ,ZZ,usw.)

Spezielle Untersuchungen(z.B. Bronchoskopie, -graphie/ EKG)
und Ergebnisse (z.B.Bronchiektasen/ defomierende Veränderungen):

MÖGLICHE URSACHEN DER AKUTEN KRISE:

Allergenkontakt: ja: _____ nein

Infektionen, die Ursache für die Verschlechterung waren:

	<u>Influenza A und B</u>	<u>Parainflu- enza 1-3</u>	<u>RSV</u>	<u>Adeno- virus</u>	<u>Myko- plasmen</u>	<u>Chlamy- dien</u>	<u>sonstiges (Enteroviren, Rhinoviren)</u>
diagnostiziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>							

paraklinisch: Blutzucker (initial): _____

Diff.-Blutbild	am 1. Tag	am letzten Tag der Beatm.
WBC	_____	_____
Eos	_____	_____
Stabk.	_____	_____
Segment.	_____	_____
Lympho.	_____	_____
Mono.	_____	_____
Ly. Reiz.	_____	_____
Plasma.	_____	_____

klinisch: ja: _____ nein

Nosokomiale Infektionen während der Beatmung: ja: _____ nein

Witterungswechsel: ja: _____ nein

Compliance:

insgesamt: sehr gut ausreichend nicht ausreichend

- Regelmäßige Einnahme der Medikamente: ja nein
- Korrekte Einnahme (v.a. der Sprays): ja nein
- Benutzung eines Peak-Flows: ja nein
- Schwere der Krankheit wahrgenommen: ja nein
- Asthma-Schulungsmaßnahmen: ja, absolviert nein, nicht durchgeführt
- In Notfallmaßnahmen trainiert?: ja nein

Psychische Probleme (v.a. im Zusammenhang mit der Verschlechterung):

- ja : Schlafstörungen Angst Aggressives Verhalten
- Konzentrationsstörungen Selbstzweifel Hyperaktives Verhalten
- Lernschwierigkeiten Depressive Verstimmungen _____

nein → Psychotherapie: ja nein