

S2-Meldebogen zum Schwangerschaftsausgang

Dies ist ein Folgebericht, die Erstmeldung erfolgt auf dem S1-Meldebogen zur Schwangerschaft.



Bitte füllen Sie den Meldebogen möglichst vollständig aus – unausgefüllte fett umrandete Felder führen dabei automatisch zu Rückfragen. Falls vorliegend können Sie relevante Laborbefunde und Epikrisen beifügen.

PsoBest Pat.	Aktuelles Datum __ __ __ __ __ __ (TT/MM/JJ)				
	PsoBest-ID __ __ __ __		PsoBest Patient ist: <input type="radio"/> männlich (Partnerin war schwanger) <input type="radio"/> weiblich		
Geburtsjahr __ __ __ __ (JJJJ)		Optional: Größe (cm) __ __ __ Optional: Gewicht (kg) __ __ __			
Beginn der Schwangerschaft __ __ __ __ __ __ (TT MM JJ) Schwangerschaftsende am __ __ __ __ __ __ (TT MM JJ) (Geburt, Abbruch, Abort) Nur für unbekanntes Tag bitte NB eintragen					
Psoriasis-Medikation inklusive 90-Tage Risikofenster vor Beginn der Schwangerschaft bis zum Schwangerschaftsausgang					
(ggf. Extrablatt beifügen)	Produktname _____ + Chrg.-Nr.: _____	Dosis in mg / Applikationsschema Applikationsweg: <input type="radio"/> p.o. <input type="radio"/> s.c. <input type="radio"/> i.m.. <input type="radio"/> i.v.	gegeben seit (TTMM/JJ) _____	gegeben bis (TTMM/JJ) _____ <input type="radio"/> andauernd	Maßnahme für Produkt <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Dosisänderung von _____ auf _____ <input type="radio"/> pausiert von _____. _____. _____. bis _____. _____. _____. <input type="radio"/> abgesetzt
	_____ + Chrg.-Nr.: _____	Applikationsweg: <input type="radio"/> p.o. <input type="radio"/> s.c. <input type="radio"/> i.m.. <input type="radio"/> i.v.	_____	_____ <input type="radio"/> andauernd	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Dosisänderung von _____ auf _____ <input type="radio"/> pausiert von _____. _____. _____. bis _____. _____. _____. <input type="radio"/> abgesetzt
	Ausgang der Schwangerschaft				
	Geburt <input type="radio"/> Geburt ohne Assistenz <input type="radio"/> Geburt mit Assistenz (Zange/Vakuum) <input type="radio"/> Geburt per Kaiserschnitt Grund für den Kaiserschnitt oder sonstige Probleme/Komplikationen bei der Geburt: _____ Schwangerschaftsabbruch <input type="radio"/> Spontaner Abort <input type="radio"/> Geplanter Abort <input type="radio"/> Therapeutischer Abort, Grund des Abbruchs: _____ _____				Zusammenhang von Schwangerschaftsausgang mit der Psoriasis Therapie: Kausalität = _____ Kodierung Kausalität: 0= Kein Zusammenhang mit der Psoriasis-Therapie, 1= Zusammenhang unwahrscheinlich, 2= Zusammenhang möglich, 3= Zusammenhang wahrscheinlich, 4= Zusammenhang sicher.
Angaben zum Neugeborenen (1) Bei Mehrlingen bitte separate Meldungen erstellen					
<input type="radio"/> Todgeburt / Todesfall Neugeborenes * <input type="radio"/> Neugeborenes/Säugling ohne gesundheitliche Probleme <input type="radio"/> Neugeborenes/Säugling mit folgenden gesundheitlichen Problemen *: _____ _____					
! * Für diese Fälle erstellen Sie ggf. eine entsprechende SUE-Meldung.					
Angaben zum Neugeborenen (2)					
Geschlecht: <input type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Unbestimmt Größe bei Geburt: _____ (in cm) Geburtsgewicht: _____ (in g) <input type="radio"/> keine Angabe Apgar Score: 1 Min: ____ 5 Min: ____ 10 Min: ____ <input type="radio"/> keine Angaben					
Sonstige freiwillige Informationen zum Schwangerschaftsausgang/Mutter oder Neugeborenen (ggf. Extrablatt beifügen) Nur bei Mehrlingsgeburt: __ __ Anzahl der Neugeborenen.					

Bitte bearbeiten Sie auch Seite 2 des Meldebogens.

S2-Meldebogen zum Schwangerschaftsausgang

Dies ist ein Folgebericht, die Erstmeldung erfolgt auf dem S1-Meldebogen zur Schwangerschaft.



Angaben zur Mutter (freiwillig wenn Mutter nicht PsoBest Patientin ist)					
Angaben zum Gesundheitszustand der Mutter nach der Geburt					
<input type="radio"/> Mutter ohne gesundheitliche Probleme <input type="radio"/> Mutter mit folgenden durch/nach der Geburt aufgetretenen gesundheitlichen Problemen: _____ _____					
Vorliegende Risikofaktoren der Mutter (Vorerkrankungen, Allergien, Rauchen, Alkoholkonsum, Eklampsie, Diabetes...)					
Alter der Mutter in Jahren: _____ Alkohol: _____ Rauchen: _____ Sonstiger Rauschmittel/Drogen Konsum: _____ Stoffwechselerkrankungen: _____ Herz-Kreislaufkrankungen: _____ anderes: _____					
Gab es vorherige Schwangerschaften der Mutter?					
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja - Anzahl der Schwangerschaften: _____, Anzahl gesunder Kinder: _____ Kommentar: _____					
Relevante Begleitmedikation der Mutter während der Schwangerschaft					
(ggf. Extrablatt beifügen)	Produktname	Dosis/Applikation	gegeben seit (TT/MM/JJ)	gegeben bis (TT/MM/JJ)	Indikation/Diagnose
Nur wenn die Mutter PsoBest Teilnehmerin ist:					
Wird/wurde das Neugeborene von der Mutter gestillt? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, <u>nur</u> wenn die Mutter PsoBest Teilnehmerin ist, bitte planen Sie einen Termin zur Erstellung des Meldebogens „S3-Nachverfolgung (Stillzeit bis ca. 1 Jahr nach Geburt)“ .					
Sonstige Anmerkungen:					
Daten zum meldenden Arzt					
Meldender Arzt:		Adresse:		Stempel und Unterschrift:	

**Bitte beide Seiten und ggf. Zusatzdokumente
umgehend an das CVderm – 040 / 7410- 44487 – faxen!**