



GRAP

Prof. Dr. Bettina Schmitz
Vivantes Humboldt-Klinikum
Klinik für Neurologie
mit Stroke Unit und Zentrum für Epilepsie
Am Nordgraben 2
13509 Berlin

Bogen E

FOLLOW-UP DES KINDES NACH DEM ERSTEN LEBENSJAHR

Erhebung der Daten nach Beendigung des ersten Lebensjahres

Bogen E

Follow-Up des Kindes nach dem ersten Lebensjahr

Erhebung der Daten nach Beendigung des ersten Lebensjahres

Ist die Datenerfassung dieses Bogens im Rahmen einer Routineuntersuchung der Mutter oder durch ein Telefoninterview für den berichtenden Arzt nicht durchführbar, so besteht die Möglichkeit eines Telefoninterviews der Mutter durch die GRAP-Mitarbeiter. Dies setzt ein Einverständnis und die Übermittlung der Telefonnummer der Mutter voraus. Das Formular finden Sie auf der Webpage. Scheuen Sie sich bitte nicht, diese Möglichkeit in Anspruch zu nehmen!

01	Familienname der Mutter, erste drei Buchstaben	<input type="text"/>
02	Vorname der Mutter, erste drei Buchstaben	<input type="text"/>
03	Geburtstag der Mutter	<input type="text"/>
04	Datum der Datenerhebung von Bogen E	<input type="text"/>
05	Methode der Datenerhebung <input type="radio"/> 1 Telefoninterview <input type="radio"/> 2 Arztbesuch <input type="radio"/> 3 andere	<input type="checkbox"/>
06	Kindstod während des ersten Lebensjahres <input type="radio"/> 0 nein <input type="radio"/> 1 ja Wenn ja, geben Sie bitte die Todesursache an.	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
07	Postnatal festgestellte Fehlbildungen <input type="radio"/> 0 nein <input type="radio"/> 1 ja <input type="radio"/> 9 unklar Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben im Bemerkungsfeld (<i>konsultieren Sie ggf. den behandelnden Arzt und legen Befundkopien bei</i>).	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
08	Wie alt war das Kind zum Zeitpunkt der Diagnose einer Fehlbildung (in Monaten)?	<input type="text"/>
09	Wurde das Kind gestillt? <input type="radio"/> 0 nein <input type="radio"/> 1 ja <input type="radio"/> 9 unklar	<input type="checkbox"/>
10	Wenn ja, wie lange (<i>in Monaten</i>)?	<input type="text"/>
11	Falls nicht gestillt wurde, warum nicht? <input type="radio"/> 1 Arzt hat wegen Antiepileptika abgeraten <input type="radio"/> 4 Patientin wollte aus anderen Gründen nicht stillen <input type="radio"/> 2 Arzt hat aus anderen Gründen abgeraten <input type="radio"/> 5 Krankheit des Kindes <input type="radio"/> 3 Patientin wollte wegen Antiepileptika nicht stillen <input type="radio"/> 6 Krankheit der Mutter <input type="radio"/> 9 unklar	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
12	Gab es konkrete Gründe für das Abstillen? <input type="radio"/> 1 Befindlichkeitsstörungen des Kindes <input type="radio"/> 4 Arzt hat aus anderen Gründen abgeraten <input type="radio"/> 2 Laktationsprobleme <input type="radio"/> 5 Patientin wollte wegen Antiepileptika nicht weiterstillen <input type="radio"/> 3 Arzt hat wegen Antiepileptika abgeraten <input type="radio"/> 6 Patientin wollte aus anderen Gründen nicht weiterstillen <input type="radio"/> 7 Verdacht auf Intoxikation des Kindes <input type="radio"/> 8 geplantes Abstillen <input type="radio"/> 10 Kind wollte nicht mehr <input type="radio"/> 9 unklar	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

13 Bitte geben Sie die Antiepileptika an, die in den ersten 12 Monaten nach der Geburt eingenommen wurden.

	Substanzname(n) des eingenommenen Antiepileptikums	Tagesgesamt-dosis in mg	Höchste Einzelgabe pro Tag in mg	Anzahl d. Verabreichungen pro Tag	Wann wurde mit der Einnahme des Antiepileptikums begonnen?	Wann wurde die Einnahme des Antiepileptikums evtl. beendet?
AED 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AED 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AED 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AED 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AED 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

14 Wurde die Tagesgesamt-dosis im Verlauf des letzten Jahres verändert?

0 nein	2 ja, reduziert	9 unklar
1 ja, erhöht	3 ja, reduziert und erhöht	

15 Falls eine Änderung vorgenommen wurde, aus welchem Grund?

1 Anfallsrezidiv	5 hoher Serumspiegel
2 Intoxikation	6 geplante Reduktion nach Dosissteigerung in der Schwangerschaft
3 niedriger Serumspiegel und Anfallsrezidiv	7 Non-Compliance
4 niedriger Serumspiegel ohne Anfallsrezidiv	9 unklar

16 Bestand eine Gefährdung des Kindes durch mütterliche Anfälle?

0 nein 1 ja

Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben im Bemerkungsfeld

17 Wurde zusätzliche Unterstützung bei der Betreuung des Kindes geleistet (tags und/oder nachts)

0 nein	1 ja, durch Partner
2 ja, durch Familienangehörige	3 ja, durch externe Dienste

18 Sind weitere Schwangerschaften geplant?

0 nein 1 ja 9 unklar

Wenn ja, mit der aktuellen Medikation?
Bitte machen Sie nähere Angaben im Bemerkungsfeld.

Bemerkungsfeld

