

Neudiagnostizierte symptomatische konnatale Toxoplasmose

1. Personendaten:

Geschlecht w m Code Klinik: _____
 Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): Herkunftsland der Mutter CH anderes
 Wohnkanton:..... Herkunftsland des Vaters CH anderes

2. Angaben zur Mutter:

Jahrgang Anzahl früherer Geburten (vor gemeldetem Kind): Aborte:
 chronische Probleme (z.B. Immunsuppression, HIV-Infektion):

3. Angaben zur Schwangerschaft:

Risiken für Toxoplasmose-Primärinfektion:

Verzehr von nicht durchgebratenem Fleisch (Art, Häufigkeit):
 Arbeit mit rohem Fleisch beruflich im Haushalt
 Arbeit in Garten/Landwirtschaft beruflich als Hobby
 Auslandsaufenthalt während Schwangerschaft: Land:
 Katze im Haushalt
 entsorgt Katzenkistchen selbst mit ohne Handschuhe

wurde die Primärinfektion während der Schwangerschaft erkannt? ja nein

wenn ja, wie? Antikörperbestimmungen mütterliche Symptome
 fetale Auffälligkeiten Symptome beim Neugeborenen

wurden bei der Mutter serologische Untersuchungen durchgeführt ? ja nein

falls ja, haben Sie Kopien der Resultate ? ja nein
 (falls ja, bitte anonymisierte Kopie des Befundes mitschicken – falls nein, bitte Name und Adresse der/s Geburtshelferin/s angeben)

.....

wurde eine intrauterine fetale Diagnostik durchgeführt (Ultraschall, Amniocentese, Chordozentese) ? ja nein
 (falls ja, bitte Datum, Methode, Resultat und Untersucher angeben)

Datum	Methode	Resultat	Untersucher
.....
.....
.....

wurde während der Schwangerschaft eine Therapie durchgeführt ja nein
 (falls ja, bitte Therapieform und Therapiebeginn angeben)

Medikament	Dosierung	von	bis
.....
.....
.....

Besonderheiten von Schwangerschaft und Geburt:

.....

4. Neonatalzeit:

Gestationsalter: /7 SSW

Geburtsmasse: Gewicht:g Länge:cm Kopfumfang:cm

systemische Symptome (Beschreibung, inkl. Datum des Auftretens, Dauer, Werte von pathologischen Laborparametern):

.....

5. Neurologische Symptome (bis heute je aufgetretene Symptome; Beschreibung, Zeitpunkt, Dynamik):

- Krämpfe
- neurologische Auffälligkeiten
- psychomotorischer Entwicklungsrückstand
- intrakranielle Verkalkungen
- auffälliges Kopfwachstum
- Hydrocephalus

Liquorbefunde:

Datum: Zellen: Eiweiss: andere Befunde:
.....
.....

6. Ophthalmologische Untersuchungen

(Lokalisation, Aktivität und Ausdehnung der Retinochoroiditisherde und Narben)

Datum	rechtes Auge	linkes Auge
.....
.....
.....
.....

7. Toxoplasmose-Diagnostik (Serologien, Erregerisolation, PCR, etc.)

Datum	Test	Resultat	Grenzwert	untersuchendes Labor
.....
.....
.....
.....

8. Antiparasitäre und andere Therapie

Medikament	Dosierung	von	bis	Nebenwirkungen
.....
.....
.....
.....

9. Bleibende Folgen

Exitus Datum: Ursache:

zu erwartende bleibende Beeinträchtigung

- | | | | | |
|----------------|---------------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| neurologisch | <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> mässig | <input type="checkbox"/> gering oder keine | <input type="checkbox"/> noch unklar |
| Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> mässig | <input type="checkbox"/> gering oder keine | <input type="checkbox"/> noch unklar |

Andere:

Bemerkungen:

.....
.....
.....

Arzt (Stempel/Unterschrift):

Datum:

Besten Dank für Ihre Mithilfe!

ausgefüllten Fragebogen bitte einsenden an Prof. Dr. med. Ch. Rudin, Leitender Arzt, Universitäts-Kinderklinik beider Basel UKBB, Römeggasse 8, 4058 Basel

Falls nicht alle Informationen erhältlich sind, bitte auch unvollständig ausgefüllte Fragebogen zurücksenden!