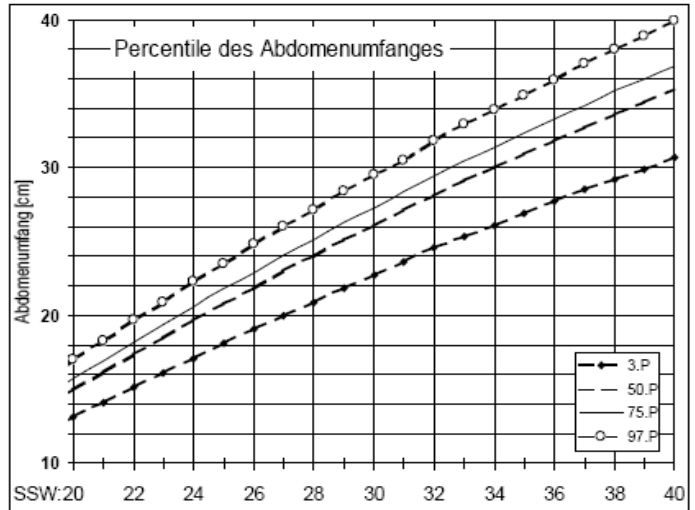


Datum:		ET:	
Diagnose SSW:		<input type="radio"/> oGTT Normalbefund <input type="radio"/> Gestationsdiabetes	
Risiko-faktoren für Diabetes:	<input type="radio"/> BMI ≥ 30 kg/m ² <input type="radio"/> Diabetes bei Eltern/Geschwistern		
	<input type="radio"/> Früherer GDM _____ <input type="radio"/> Alter ≥ 45 J. <input type="radio"/> Andere: _____		
Risiko-Screening < 24. SSW	Datum:	Gelegenheitsglukose:	mg/dl
	SSW:	Nüchterglukose:	mg/dl
Oraler Glukose-belastungs Test (75 g)	Datum:	nüchtern:	mg/dl
	SSW:	nach 60 min:	mg/dl
		nach 120 min:	mg/dl
Beurteilung umseitig			
Gewicht:	vor der Schwangerschaft:		
	_____ kg	BMI:	_____ kg/m ²
bei Diagnose des GDM: _____ kg			
weitere Befunde:	RR: _____ mmHg		
	HbA1c: _____%; TSH _{basal} : _____ mU/l		
Vorgehen / Therapie / Schulung:	<input type="radio"/> keine Maßnahmen erforderlich <input type="radio"/> Wiederholung oGTT in der _____ SSW		
	<input type="radio"/> Blutglukose-Selbstkontrolle, Ernährungs-behandlung und Bewegung <input type="radio"/> Insulintherapie und -Schulung eingeleitet: Normal-Insulin: _____ begonnen am: _____ Basal-Insulin: _____ begonnen am: _____		
Andere Diagnosen			
Medikamente und sonstiges:			
Individuelle Blutzuckerzielwerte:			
<input type="radio"/> Nüchtern: 65-95, 1h pp ≤ 140 mg/dl <input type="radio"/> Nüchtern: ≤105, 1h pp: ≤ 160 mg/dl <input type="radio"/> Nüchtern: ≤ 85, 1h pp : ≤ 120 mg/dl			
Individuell empfohlene Gewichtszunahme nach Ausgangs-BMI in Ihrer Schwangerschaft:			
mindestens _____ kg		höchstens _____ kg	
Behandler/de Diabetes-Arzt/Ärztin::			
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
_____ (Unterschrift / Datum)			

Angaben Frauenärzte:

Bitte hier Ultraschallbefunde eintragen! Danke!



Angaben : Hadlock-Perzentile, 75. Perzentile nach Schäfer-Graf

Perzentilen ab 24. SSW nach Hadlock								
fetaler Abdominalumfang in mm					fetaler Kopfumfang in mm			
Perzentile	10.P	50.P	75.P	90.P	10.P	50.P	90.P	Perzentile
SSW								SSW
24	181	197	206	213	211	224	237	24
25	191	208	218	225	222	235	249	25
26	201	218	229	237	232	246	260	26
27	211	230	241	249	241	256	271	27
28	220	240	251	260	251	266	281	28
29	230	251	263	272	259	275	291	29
30	239	261	273	283	268	284	300	30
31	249	271	284	294	276	293	310	31
32	258	281	294	304	284	301	318	32
33	267	291	305	315	290	308	326	33
34	275	300	314	325	297	315	333	34
35	283	309	323	335	304	322	341	35
36	292	318	333	344	309	328	347	36
37	300	327	342	354	314	333	352	37
38	308	336	352	364	319	338	358	38
39	316	344	360	373	322	342	362	39
40	324	353	369	382	326	346	366	40

adaptiert nach: Hadlock F: Radiology 1984;152:397

Bewertung der Biometrie: Zutreffendes ankreuzen					
Datum					
SSW					
Kopfumfang					
Abd.umfang					
Makrosomie					
Normosom					
Wachstums-retardierung					

<u>Datum/ Uhrzeit:</u>	<u>Verlauf:</u>
	Ärztliches Erstgespräch, Erstschulung Schwangerschaftsdiabetes: Blutglukosesebstkontrolle, Ernährungsberatung, Gewichtzielbereich festlegen
	Ernährungsschulung und Besprechung der Blutzuckerwerte
	Sprechstunde / weitere Schulung:

<u>Datum/ Uhrzeit:</u>	<u>Verlauf:</u>

Die Diagnose „Gestationsdiabetes“ wird gestellt, wenn im 75 g Glukosebelastungstest (mit Trinken von 300 ml Zuckerlösung) einer der folgenden Werte erreicht oder überschritten wird. (DDG 2011):

Nüchtern-Glukose ≥ 92 mg/dl (gemessen im venösen
nach 60 min ≥ 180 mg/dl Plasma / ven.Vollblut mit
nach 120 min ≥ 153 mg/dl plasmakalibrierten Werten

Es liegt ein Manifeste Diabetes mellitus vor, wenn:

Nüchtern-Plasmaglukose (2 Messungen) ≥ 126 mg/dl
Nach 120 min (oder Gelegenheitspl.glukose) ≥ 200 mg/dl

Behalten Sie diesen Bogen in Ihrem Mutterpass und legen ihn bei jedem Besuch bei uns und bei ihrem Frauenarzt vor. Bringen Sie uns bitte immer Ihre aktuellen Ultraschallbefunde, Untersuchungsergebnisse und ihr Blutzuckertagebuch mit. Bei Fragen zwischen Ihren Terminen sind wir für Sie telefonisch erreichbar, Die Telefonnummer finden Sie im Adresskopf auf der Vorderseite dieses Bogens.

Bitte vereinbaren Sie einen Termin für einen Zuckerbelastungstest ca. 6-12 Wochen nach der Entbindung! Bringen sie zu diesem Termin ihren Mutterpass und wenn möglich den Entbindungsbericht mit.

Frauenarzt:

Entbindungsklinik:

Hebamme: