

Screening-ID: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dokumentierende Ambulanz: \_\_\_\_\_

Ambulanzstempel / Arztstempel

**Dokumentationsbogen nach positivem CF-Screening**

Konfirmationsdiagnostik	
am	_ _  .  _ _  .  _ _ _ _  (tt.mm.jjjj)
Angaben zum positiv gescreentem Kind	
Name, Vorname	Ggf. Klebchen mit Daten
Geb. Datum	_ _  .  _ _  .  _ _ _ _  (tt.mm.jjjj)
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbekannt
Ethnische Zugehörigkeit <i>Mehrfachauswahl möglich</i>	<input type="checkbox"/> kaukasisch (hellhäutige Europäer) <input type="checkbox"/> türkisch <input type="checkbox"/> asiatisch <input type="checkbox"/> afrikanisch <input type="checkbox"/> arabisch <input type="checkbox"/> andere
Angaben bei Geburt:	Gewicht (g):      Länge (cm):      SSW:      Mekonium-Ileus: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Angaben bei Vorstellung:	Gewicht (g):      Länge (cm):
Konfirmationsdiagnostik	
Gespräch mit Eltern geführt: <i>Mehrfachauswahl möglich</i>	<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Schwester /MFA <input type="checkbox"/> MTA <input type="checkbox"/> Psychologe <input type="checkbox"/> andere Berufsgruppe
Ergebnis	<input type="checkbox"/> Kein Schweißtestergebnis. → Neuer Schweißtesttermin, weiterer Rückmeldebogen folgt!  <input type="checkbox"/> Schweißtest gelungen, <b>CF unwahrscheinlich</b> (Cl < 30 mmol/l) <input type="checkbox"/> Schweißtest gelungen, <b>CF</b> (Cl ≥ 60 mmol/l) <input type="checkbox"/> Schweißtest gelungen, <b>CFSPID wahrscheinlich</b> (Cl 30-59 mmol/l)
	Sonstiges:
Schweißtest	
Sammelort:	<input type="checkbox"/> Unterarm <input type="checkbox"/> Oberschenkel
Sammelmethode:	<input type="checkbox"/> Macroduct <input type="checkbox"/> Nanoduct: <input type="checkbox"/> andere, welche:
<b>Chlorid-Messung</b>	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt  Ergebnis Chlorid (mmol/l):
<b>Leitfähigkeit-Screening</b>	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt  Ergebnis Leitfähigkeit als NaCl-Äquivalent (mmol/l):
Bei Diagnose CF oder CFSPID bitte auch 2. Seite ausfüllen!	

Informationen bei Diagnose CF!	
Name, Vorname	Ggf. Klebchen mit Daten
Geb. Datum	_ _ _ .  _ _ .  _ _ _ _  (tt.mm.jjjj)
Klinische Hinweise für CF-Diagnose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
	Pränatale Diagnose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
	Mekoniumileus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
	Familienanamnese <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
	Sonstige Hinweise:
Genotypisierung / Nachtrag bei Diagnose CF:	
Genetik bei CF-Screening:	<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> durchgeführt Wenn durchgeführt, Mutationen gefunden: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Genetik Diagnosestellung	Wenn eine Genetik im CF-Screening durchgeführt wurde, wurden die dort gefundenen Mutationen bestätigt?  <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2