

Swiss NeuroPaediatric Stroke Registry (SNPSR)

Datenerhebung Akuthospitalisierung & Untersuchung nach 6 Monaten

Bitte zurücksenden an:

SNPSR, Prof. Dr. Maja Steinlin, Abt. Neuropädiatrie, Med. Universitäts-Kinderklinik, 3010 Bern

Fax: 031 - 632 95 00 Email: paedistroke@insel.ch Web: www.neuropaediatric.ch/div/snpsr

SNPSR Nummer:

--	--	--

Geburtsdatum (TT/MM/JJ):

--	--	--

Spital:

.....

Betreuende(r) Neuropädiater(in):

.....

Einschlusskriterium (bitte ankreuzen):

AIS 1	AIS 2	AIS 4	SVT	SL
--------------	--------------	--------------	------------	-----------

Ethnische Zugehörigkeit:

kaukasisch/weiss

asiatisch

afrikanisch/schwarz

nahöstlich (inkl. Nordafrika und arabische Länder) andere , bitte angeben:.....

Anamnese: ✓ = nicht bekannt + = bekannt - bitte unten genauer angeben

	Patient:	Familie:
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnsel (Arm, Bein, Lunge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koagulopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie/ Krampfanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipidstörung / Homocystinurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akuter Infekt (systemisch / HNO)	<input type="checkbox"/>	
Perinatale Probleme	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	
Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/>	
Anämie/ Hämoglobinopathie	<input type="checkbox"/>	
Genetisches Syndrom	<input type="checkbox"/>	
Medikamente	<input type="checkbox"/>	
Dehydration	<input type="checkbox"/>	
Varizellen-Infektion	<input type="checkbox"/> (bitte Datum angeben:	
Schädelhirn-, oder Nackentrauma	<input type="checkbox"/> (bitte Datum angeben:	
Konsanguinität der Eltern	<input type="checkbox"/>	
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> (bitte nachfolgend auflisten)	

Relevante Patienten- oder Familienanamnese:

I. Akuthospitalisierung

Akutes Ereignis:

Beginn der Symptome: Datum (TT/MM/JJ): Uhrzeit (Stunden/Minuten):

Zeitpunkt Spitaleintritt: bereits im Spital

Zeitpunkt Diagnose:

Symptome bei Manifestation:

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

Befunde bei Eintritt:

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

Paed NIH Score beim Eintritt:

Lokalisation des Infarktes (Mehrfachnennung möglich):

links rechts

Supratentorial : Kortikal Subkortikal Capsula interna
Thalamus Basalganglien Wasserscheiden

Infratentorial : Hirnstamm Kleinhirn

Andere Lokalisation:

Betroffene Gefäßterritorien (Mehrfachnennung möglich):einzelner Infarkt multiple Infarkte vordere Blutversorgung : Arteria cerebri anterior links rechts Arteria cerebri media links rechts hintere Blutversorgung : Arteria cerebri posterior links rechts Arteria basilaris andere , links rechts oberflächliches Venensystem : Sinus sagitalis superior Sinus transversus links rechts Sinus sigmoideus links rechts Sinus cavernosum links rechts andere , links rechts tiefes Venensystem : Sinus sagitalis inferior Sinus rectus andere , links rechts

Andere Gefäßterritorien:

Bildgebung:

✓ durchgeführt und normal

+ durchgeführt und pathologisch (genauer angeben)

CT: Datum/ZeitMRI: Datum/Zeit.....MR-Angiographie: Datum/Zeit.....konventionelle
Angiographie: Datum/Zeit.....Doppler-Sonographie: Datum/ZeitEchokardiographie /
kardiale Abklärungen: Datum/Zeit.....

Laborabklärungen: ✓ durchgeführt / normal
 + durchgeführt / pathologisch (Laborwert mit Referenzwerten)

APC Resistenz:	<input type="checkbox"/>	Blutsenkungs- geschwindigkeit:	<input type="checkbox"/>
Anti-Thrombin III:	<input type="checkbox"/>	C-reaktives Protein (CRP):	<input type="checkbox"/>
aPTT:	<input type="checkbox"/>	Anti-Nukleäre AK:	<input type="checkbox"/>
Fibrinogen:	<input type="checkbox"/>	Rheumafaktor:	<input type="checkbox"/>
Homocystein Serum:	<input type="checkbox"/>	C3/C4 Komplement:	<input type="checkbox"/>
INR:	<input type="checkbox"/>	Blutkultur:	<input type="checkbox"/>
D-Dimer:	<input type="checkbox"/>	Laktat:	<input type="checkbox"/>
Lipidstatus (inkl. Lipoprotein A):	<input type="checkbox"/>	Ammoniak:	<input type="checkbox"/>
Lupus-Antikoagulans:	<input type="checkbox"/>	Aminosäuren (Blut/Urin):	<input type="checkbox"/>
Plasminogen:	<input type="checkbox"/>	Organische Säuren (Urin):	<input type="checkbox"/>
Protein S Total:	<input type="checkbox"/>	Borrelia Serologie: (Blut/ Liquor)	<input type="checkbox"/>
Protein S Free:	<input type="checkbox"/>	Varizellen PCR::	<input type="checkbox"/>
Protein C:	<input type="checkbox"/>	Liquor Untersuchung:	<input type="checkbox"/>
Thrombinzeit:	<input type="checkbox"/>	Andere relevante Laborbefunde:	<input type="checkbox"/>
Faktor V Leiden:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
MTHFR-Mutation:	<input type="checkbox"/>		
Prothrombin G20210A:	<input type="checkbox"/>		
Anticardiolipid-AK:	<input type="checkbox"/>		

Die Ursache des Infarktes / der Thrombose ist aufgrund der Abklärungen:

gesichert (bitte angeben):.....

vermutet (bitte angeben):

unklar

Therapie bei Entlassung:

.....

.....

.....

Befund bei Entlassung:

.....

.....

.....

Geplante Schritte nach Akuthospitalisierung

(wenn zutreffend, bitte Art und evtl. Termin angeben):

- Rehabilitation:
- Neurologie Kontrolle:
- Neuropsychologie Kontrolle:
- Bildgebung (MRI/MR/Doppler):

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

I. Verlauf 6 (+/- 1) Monate nach Ereignis

Bitte zurücksenden an:

SNPSR, Prof. Dr. Maja Steinlin, Abt. Neuropädiatrie, Med. Universitäts-Kinderklinik, 3010 Bern

Fax: 031 - 632 95 00 Email: paedistroke@insel.ch Web: www.neuropaediatrie.ch/div/snpsr

TT / MM / JJ

Datum Nachkontrolle:

--	--	--

Aktuelle medikamentöse Therapie:

.....

Aktuelle Rehabilitation:

.....

Neurologischer Befund:

.....

.....

Kognitiver Befund / Verhalten:

.....

.....

Krampfanfall seit dem Spitalaustritt?Ja Nein **Wurde erneut Bildgebung durchgeführt?**Ja Nein

Wenn ja, bitte Art (CT, MRI etc), Datum und Befund angeben:

.....

.....

Wurden Koagulopathien nach der Akuthospitalisierung weiter abgeklärt?Ja Nein

Wenn ja, bitte Ergebnisse oben unter „Laborabklärungen“ ergänzen.

Bemerkungen:

.....

.....

.....