

SIDS RisikoFragebogen

Abteilung für Kinder und Jugendheilkunde
Prim. Univ. Prof. Dr. Robert Birnbacher

Nikolaigasse 43
9500 Villach
T +43 (0)4242 208-2356
F +43 (0)4242 208-2714
E kinder-abteilung@kabeg.at
www.kinderabteilung.lkh-vil.or.at

Liebe Eltern!

Zur Geburt Ihres Kindes möchten wir Sie herzlich beglückwünschen!

Sie werden mit Ihrem Baby viel Freude erleben, mitunter aber wahrscheinlich auch ärztliche Hilfe brauchen. Mit diesem Fragebogen versuchen wir, mögliche Gesundheitsrisiken Ihres Babys in den ersten Lebenswochen zu erfassen. Dazu gehört auch die Erkennung eines erhöhten Risikos für den plötzlichen Säuglingstod (SIDS). Dieser ist nach neueren Erkenntnissen in **vielen Fällen** bei rechtzeitig gesetzten Maßnahmen durchaus **verhinderbar!**

Der Fragebogen enthält 26 mit „ja“ oder „nein“ zu beantwortenden Fragen. Diese beziehen sich einerseits auf die Umstände der Schwangerschaft und Geburt, andererseits auf das Verhalten und die Umgebung Ihres Kindes in den ersten Lebenswochen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, **wenn Ihr Baby 4 Wochen alt ist** und schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen an

**Pädiatrisches Schlaflabor
LKH Villach
Abt. f. Kinder- und Jugendheilkunde
Nikolaigasse 43
9500 Villach**

Wenn sich gemäß unserer Auswertekriterien ein auffälliger Befund ergibt, werden wir Sie kontaktieren und zu einem Gespräch bzw. einer Schlaflaboruntersuchung einladen. Diese Untersuchung ist völlig schmerzlos und findet im Rahmen einer Mutter/Vater- Kind-Aufnahme über Nacht im Kinderschlaflabor des LKH Villach statt.

Mit den besten Wünschen für Sie und Ihr Kind.

Prim. Univ. Prof. Dr. Robert Birnbacher

Leiter der Abteilung für
Kinder- und Jugendheilkunde am
LKH Villach

OA Dr. Harald Kenzian

Leiter des Kinderschlaflabors am
LKH Villach





SIDS RisikoFragebogen Seite 2

Entbindungsklinik

Familienname des Kindes

Vorname(n)

Geboren am / / Geschlecht o weiblich o männlich

Geburtsgewicht Gramm Länge bei der Geburt cm

Wohnadresse der Eltern

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

(Nur die genaue und leserliche Anschrift macht die Beantwortung Ihrer Angaben möglich)

Telefon Fax.....

Beruf der Mutter Beruf des Vaters

Geburtsjahr der Mutter Geburtsjahr des Vaters

Dieses Baby war meine Schwangerschaft und hat Geschwister.

Geburtsjahre der Geschwister

Betreuender Kinderarzt Dr.

in.....

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Familienstand der Mutter: alleinstehend
 verheiratet oder mit Partner lebend

Ich habe mein Baby nie gestillt
 gestillt – Dauer Wochen

Dieses Baby ist eine Frühgeburt
 keine Frühgeburt

geboren in der Schwangerschaftswoche.

Dieses Baby hat(te) Operationen
 angeborene Krankheiten, Missbildungen
 erworbene Krankheiten, (schwere Infektionen, Unfälle)

Bitte um nähere Angaben:

.....
.....



SIDS RisikoFragebogen Seite 3

**Liebe Eltern des Kindes, bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen!
Nach jeder Frage finden Sie Platz für Erläuterungen.**

	JA	NEIN
1. Waren Sie zum Zeitpunkt der Geburt dieses Kindes jünger als 23 Jahre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie in dieser Schwangerschaft geraucht? Wenn ja, täglich Zigaretten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Liegt eine vorangegangene Schwangerschaft weniger als zwei Jahre zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Neigen die Geschwister des Kindes zu Bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es in Ihrer Familie Epileptiker und / oder Personen, die an Fieberkrämpfen leiden / gelitten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist in Ihrer Familie oder nahen Verwandtschaft jemals ein Säugling plötzlich und unerwartet gestorben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bitte Verwandtschaftsgrad, Todesjahr, Geschlecht, Alter, evt. Todesursache angeben:		
7. Haben Sie in dieser Schwangerschaft länger als drei Monate erbrochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Im Mutter-Kind-Pass finden Sie Ihre Blutdruckwerte während dieser Schwangerschaft. Ein Messwert setzt sich aus zwei Angaben zusammen, z.B. 120/80 mm Hg. Lag die erste der beiden Angaben bei einer Untersuchung unter 105 mm Hg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft wurde in dieser Schwangerschaft ein Wert unter 105 mm Hg festgestellt?		
9. Hat sich Ihr Baby im Vergleich zu vorangegangenen Schwangerschaften im Mutterleib weniger bewegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		
a. Wurde die Geburt dieses Kindes mit wehenfördernden Mitteln (welche?) eingeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. War ein Kaiserschnitt notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Traten bei diesem Baby nach der Geburt Komplikationen bzw. Krankheiten auf, die eine Verlegung des Kindes in eine Neugeborenen-Intensivstation, Frühgeburten- oder Beobachtungsstation erforderten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, bitte um genauere Angaben!





SIDS RisikoFragebogen Seite 4

JA NEIN

12. Hatte Ihr Baby so starke Gelbsucht, dass eine Phototherapie notwendig wurde?

13. Hat Ihr Baby Trinkschwierigkeiten, wie auffallende Ermüdbarkeit, Ungeschicklichkeit, beim Saugen, Atemlosigkeit, häufiges Verschlucken bzw. „Verkutzen“ bzw. wird Ihr Baby während des Trinkens blau um den Mund? (Zutreffendes bitte unterstreichen!)

14. Rauchen Sie seit Ihr Baby geboren ist?

Wenn ja, täglich Zigaretten.

15. Schwitzt Ihr Baby im Schlaf (trotz normaler Raumtemperatur) so stark, dass die Windel unter dem Kopf bzw. die Haare feucht sind?

Kreuzen Sie diese Frage bitte auch mit „JA“ an, wenn Sie nur **selten** diese Beobachtung machen!

16. Schläft Ihr Baby in Bauchlage?

17. Hat Ihr Baby schon einmal so tief geschlafen, dass Sie Mühe hatten, es zu wecken (heftiges Stupsen oder Rütteln erforderlich)?

18. Ist Ihr Baby **auffallend ruhig** (z.B. ist es ihm **gleichgültig**, wenn es die Brust / Flasche etwas später bekommt oder den Schnuller verliert), bzw. ist es **bewegungsarm** (z.B. strampelt es wenig, vor allem wenn es ausgezogen ist)?

19. Ist Ihr Baby im Schlaf auffallend blass?

20. Hat sich die Gesichtshaut Ihres Babys schon einmal blau (cyanotisch) verfärbt, z.B. im Mund und Nasenbereich während des Trinkens oder während des Schlafens?
(Eine Blaufärbung während des Schreiens ist damit nicht gemeint!)

20. Schreit Ihr Baby jäh auf (z.B. im Schlaf) bzw. beobachten Sie schrilles hohes Schreien im Zusammenhang mit Erbrechen oder Spucken?

21. Konnten Sie bei Ihrem schlafenden Baby viele oder auffällig lange (**über 10 Sekunden**) Atempausen beobachten?

22. Waren Sie mit Ihrem Baby bei einer Untersuchung seiner Atemregulation (Schlaflabor)? – (Kreuzen Sie die Frage auch mit „JA“ an, wenn Sie dafür einen Termin haben – bitte entsprechender Vermerk!)

Ihr Baby wurde / wird untersucht im Schlaflabor des

LKH Villach anderes Schlaflabor

WO:





SIDS RisikoFragebogen Seite 5

JA NEIN

23. Wird Ihr Baby mit einem Heim-Monitor überwacht?

Wenn ja,

einfacher Atemmonitor kombinierter Herz/ Atemmonitor

24. Verwenden Sie bzw. werden Sie für Ihr Baby einen Schlafsack verwenden?

25. Was halten Sie von dieser Fragebogen-Aktion?

Ich finde sie gut. Sie ist mir gleichgültig
 Ich finde sie schlecht.

26. Eine Frage, die Sie uns stellen möchten:

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

Vielen Dank!

