

**FAX: 044 269 99 56**

## Zusätzlich benötigte Angaben bei Präeklampsie-Screening

**Patientin**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.Dat. \_\_\_\_\_

### Anamnese

Parität \_\_\_\_\_ (SSW > 23)

Anzahl spontane Geburten in: Woche 16-30 \_\_\_\_\_

Woche 31-36 \_\_\_\_\_

Woche in/nach 37. Wo \_\_\_\_\_

Vorausgegangene SS mit Zwillingen: \_\_\_ nein \_\_\_ ja

Intervall zur letzten Schwangerschaft: \_\_\_ Jahre

Chronische Hypertonie \_\_\_ nein \_\_\_ ja

Systemischer Lupus erythematoses (SLE) \_\_\_ nein \_\_\_ ja

Anti-Phospholipid-Syndrom (APS) \_\_\_ nein \_\_\_ ja

Mutter der Schwangeren hatte PE \_\_\_ nein \_\_\_ ja

Vorheriges Baby Gewicht: \_\_\_\_\_ g SSW bei Geburt \_\_\_\_\_

PE in vorausgegangener Schwangerschaft \_\_\_ nein \_\_\_ ja

Konzeptionsmethode: spontan \_\_\_ nein \_\_\_ ja

Auslösung des Eisprungs ohne IVF \_\_\_ nein \_\_\_ ja

### Blutdruck

**linker Arm** RR systolisch 1 \_\_\_\_\_ RR diastolisch 1 \_\_\_\_\_

RR systolisch 2 \_\_\_\_\_ RR diastolisch 2 \_\_\_\_\_

**rechter Arm** RR systolisch 1 \_\_\_\_\_ RR diastolisch 1 \_\_\_\_\_

RR systolisch 2 \_\_\_\_\_ RR diastolisch 2 \_\_\_\_\_

**Datum der Blutdruckmessung** \_\_\_\_\_

### Arteria uterina Doppler-Sonographie

A. uterina PI links \_\_\_\_\_

A. uterina PI rechts \_\_\_\_\_

**Datum der Doppler-Sonographie** \_\_\_\_\_