



## Sprechstunde für cystische Fibrose

### Zwischenanamnese

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

#### Allgemein/Infekte:

Schule: ..... Beruf: .....  
 Leistungsfähigkeit: .....  
 Arbeitsfähigkeit: .....  
 Atopie-Anamnese: .....

Länge: ..... cm = ..... %ile  
 Gewicht: ..... kg = ..... %ile  
 Kopfumfang: ..... cm = ..... %ile  
 Sollgewicht: ..... kg  
 Rel. Untergewicht: ..... kg = ..... %ile

Norman-Score: ..... (bis jetzt: ..... )

Berner-Score: ..... (bis jetzt: ..... )

BSR: ..... (mmHg/h)

Temperatur: ..... °C

#### Herzbefund:

Puls: ..... /min. BD: ..... mmHg  
 Rhythmus: .....  
 O<sub>2</sub>-Sättigung: ..... %  
 Ödeme: nein ja  
 Trommelschlegelfinger: nein ja

#### ORL-Bereich:

Polyphen: nein ja

#### ORL-Status:

Normal: ..... path: .....

#### Lungen:

##### Hustenaktivität:

Wann: .....  
 stark mässig leicht

Bei Anstrengung:

##### Auswurf

Farbe: .....  
 Menge: .....

Blut: nein ja

##### Dyspnoe:

Bei Anstrengung: nein ja

In Ruhe: nein ja

Zyanose: nein ja

Pneumothorax: nein ja

ja (wann): li ..... re .....

#### Lungen:

Thoraxexkursion: ex-in ..... cm

Atemfrequenz: .....

Perkussion: .....

Auskultation: .....

#### Abdomen:

Stühle: ..... /d  
 Bauchschmerzen: nein ja  
 Durchfälle/Koliken: nein ja  
 Appetit: gut mässig schlecht  
 Diät/Kalorienzahl: .....  
 Zw.-Mahlzeit: nein ja ..... /d

#### Abdominalbefunde:

Abdomen: normal: ..... path. ....  
 Leber: normal: ..... path. ....  
 Milz: normal: ..... path. ....  
 Prolaps: nein ja  
 Andere Befunde: .....

#### Pubertätsstadium Tanner: .....

Menarche mit: ..... J. Sterilitätinf. ja  
 Menses regelmässig: ja nein  
 Zyklus: ..... d  
 Amenorrhoe: ja Dauer ..... Mte.

#### Pseudomonas aeruginosa-Besiedlung:

nein ja seit: ..... (Impfung ..... )

Pseudomonas-Impfung: ja nein

DNA: homozygot:  
 comp. heterozygot:

**Therapie:**

**Inhalationen**

**Gerät**

Pari-Master  
Maske

Pari-Boy  
Mundstück

Novair  
Unterbrecher

**Medikamente:**

Ventolin  
NaCl 0.9%  
Lomudal

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

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

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

Pulmozyme

ja      nein

seit: .....

**Physio:**

Flutter

PEP-Maske

**Enzymsubstitution:**

Präparat: .....  
Creon  
Creon forte

morgens: .....  
mittags: .....  
abends: .....

ZM: .....  
ZM: .....

**Vitamine:**

Oranol: .....  
Ephynal: .....

andere: .....

**Antibiotika:**

Colistin  
Obracin

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

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

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

**Andere Medikamente:**

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

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

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

**Beurteilung:**

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

**Procedere:**

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

Nächste Kontrolle: \_\_\_\_\_

Name des Untersuchers: \_\_\_\_\_