

Swiss NeuroPaediatric Stroke Registry (SNPSR)

Datenerhebung Akuthospitalisierung & Untersuchung nach 6 Monaten

Bitte zurücksenden an:

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

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

asiatisch

afrikanisch

andere , bitte genauer angeben:.....

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

	Patient:	Familie:
Arteriosklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipidstörung / Homocystinurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt / Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koagulopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akuter Infekt (systemisch / HNO)	<input type="checkbox"/>	
Perinatale Probleme	<input type="checkbox"/>	
Systemerkrankung	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	
Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/>	
Medikamente	<input type="checkbox"/>	
Varizellen-Infektion	<input type="checkbox"/> (bitte unten Monat/Jahr angeben)	
Trauma	<input type="checkbox"/> (bitte unten Monat/Jahr angeben)	
Andere Erkrankung	<input type="checkbox"/>	

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:

.....

Lokalisation des Infarktes (Mehrfachnennung möglich) :

links rechts

Frontallappen Temporallappen Parietallappen Occipitallappen

Thalamus Basalganglien (Putamen, Pallidum, Nucleus caudatus)

Capsula interna Hirnstamm Kleinhirn

Andere Lokalisation:

Betroffene Gefässterritorien (Mehrfachnennung möglich):

Arteria cerebri anterior media posterior links rechts

Arteria cerebellaris inferior superior links rechts

Arteria basilaris

Arteria chorioidea ant. Arteriae lenticulostriatae Arteria thalamoperforantes

Sinus sagitalis inferior superior Sinus rectus

Sinus lateralis (incl. transversus oder sigmoideus) links rechts

Sinus cavernosus links rechts

Vena jugularis interior links rechts

Andere Gefässterritorien:

Bildgebung: ✓ durchgeführt und normal
 + durchgeführt und pathologisch (genauer angeben)

CT: Datum/Zeit.....

MRI: Datum/Zeit.....

MR-Angiographie: Datum/Zeit.....

konventionelle
 Angiographie: Datum/Zeit.....

Doppler-Sonographie: Datum/Zeit.....

Echokardiographie /
 kardiale Abklärungen: Datum/Zeit.....

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

Blutbild: Anti-b2-Glykoprotein-I-
 Antikörper:

Blutsenkungs-
 geschwindigkeit: Gerinnungsstatus:

C-reaktives Protein
 (CRP): Protein C:

Lipidstatus
 (inkl. Lipoprotein A): Protein S:

Homocystein Serum: Anti-Thrombin III:

Laktat: Faktor V Leiden:

Ammoniak: MTHFR-Mutation:

Anticardiolipid-AK: Prothrombin G20210A:

Anti-Nukleäre AK: Organische Säuren
 Urin:

Lupus-Antikoagulans:

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:

Bemerkungen:

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

I. Verlauf nach 6 Monaten

TT / MM / JJ

Datum Nachkontrolle:

--	--	--

Aktuelle medikamentöse Therapie:

.....
.....

Aktuelle Rehabilitation:

.....

Neurologischer Befund:

.....
.....

Kognitiver Befund / Verhalten:

.....
.....

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:

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