



Checkliste Langzeithospitalisation Neonatologie

Schädelsonographie	Datum
<input type="checkbox"/> Frühgeborene mit Gestationsalter $< 32 \frac{0}{7}$ oder $\leq 1500\text{g}$	
<input type="checkbox"/> 1.-3. Lebenstag (Suche nach IVH)	
<input type="checkbox"/> 7.-10. Lebenstag (Suche nach IVH)	
<input type="checkbox"/> 4 Wochen (Suche nach PVL)	
<input type="checkbox"/> mit korr. 36. SSW oder vor Austritt (bei FG < 28 . SSW)	
<input type="checkbox"/> beatmete, kritisch kranke Neugeborene, Neugeborene mit Fehlbildung, Infektionserkrankung	
<input type="checkbox"/> mindestens einmalige Untersuchung	
<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung indiziert	

Impfungen	Datum
<input type="checkbox"/> Infanrix® Penta	
<input type="checkbox"/> $\geq 32 \frac{0}{7}$ Schema 2 - 4 - 12 Monate	
<input type="checkbox"/> Infanrix® Hexa (+ Hep. B)	
<input type="checkbox"/> $< 32 \frac{0}{7}$ Schema 2 - 3 - 4 - 12 Monate	
<input type="checkbox"/> Prevenar®	
	1. Dosis
	2. Dosis
	3. Dosis
<input type="checkbox"/> Hepatitis B: Neugeborene mit HBs-Ag positiver Mutter (Merkblatt in kispi-wiki.ch) (oder unbekannter HBsAg mit erhöhtem Hepatitis B-Risiko)	
<input type="checkbox"/> Passive Immunisierung: Hepuman® 200 IE (=1ml) i.m. innerhalb von 12h nach Geburt	
<input type="checkbox"/> Aktive Immunisierung: Engerix-B® 10mcg (=0.5ml) i.m. innerhalb von 12h nach Geburt	
<input type="checkbox"/> 2. Dosis: in Alter von 1 Monat (monovalenter Impfstoff Engerix-B®)	
<input type="checkbox"/> 3. Dosis: zusammen mit der 3. Grundimmunisierung (hexavalenter Kombi-Impfstoff Infanrix® Hexa)	
<input type="checkbox"/> Serologische Kontrolle (HBsAK) einen Monat nach der 3. Dosis (Termin in der Tagesklinik)	
<input type="checkbox"/> Synagis®: Palivizumab 15mg/kg i.m. (1. Dosis vor Entlassung) (Merkblatt in kispi-wiki.ch)	
<input type="checkbox"/> BPD (Indikation durch Neonatologen/päd. Pneumologe)	<input type="checkbox"/> Kostengutsprache an IV
<input type="checkbox"/> Relevante Herzerkrankung (Indikation durch Kardiologe)	<input type="checkbox"/> Kostengutsprache an KK
<input type="checkbox"/> Zwerchfellhernie, Neuromuskuläre KH, T21, Immundefekt	<input type="checkbox"/> Kostengutsprache an KK
<input type="checkbox"/> Grippeimpfung bei Frühgeborenen mit Gestationsalter $< 32 \frac{0}{7}$ oder $\leq 1500\text{g}$ und Risikokinder (CDH)	
ab dem Alter von 6 Monaten, Impfung in den ersten 2 Wintern, zwischen Oktober und Januar	

ROP Screening (Merkblatt in kispi-wiki - neoips - abklärungen)	Datum
<input type="checkbox"/> FG mit Gestationsalter < 30 ⁶ / ₇ oder Geburtsgewicht ≤ 1250g	
<input type="checkbox"/> FG mit Gestationsalter 31 ⁰ / ₇ - 33 ⁶ / ₇ mit prolongiertem oder erhöhtem O ₂ -Bedarf	
1. Untersuchung in Alter von 4 Wochen, frühestens mit korrigiert 31 ⁰ / ₇	
Weitere Untersuchungen je nach Befund bzw. gemäss Ophthalmologen	
<input type="checkbox"/> Ambulanter Kontrolle. Termin abgemacht:	

<input type="checkbox"/> Physiotherapie	Datum
<input type="checkbox"/> Frühgeborene mit Gestationsalter < 32 ⁰ / ₇	
<input type="checkbox"/> Andere Indikationen (zB. perinatale Asphyxie mit Enzephalopathie)	
<input type="checkbox"/> Ambulante Physiotherapie indiziert	
<input type="checkbox"/> Anmeldung GG 395 im Austrittsbericht	

<input type="checkbox"/> Psychomotorische Entwicklungskontrolle im korrigierten Alter von 4 Monaten	Datum
<input type="checkbox"/> Frühgeborene mit Gestationsalter < 32 ⁰ / ₇	
<input type="checkbox"/> Andere Indikationen (zB. perinatale Asphyxie mit Enzephalopathie)	

Administration / Dokumentation	Datum		
<input type="checkbox"/> Frühgeborene mit Gestationsalter < 32 ⁰ / ₇ oder Geburtsgewicht ≤ 1500g / Gestationsalter < 34 ⁰ / ₇			
<input type="checkbox"/> Beruf und Ausbildungsstand beider Eltern erfragt und im MNDS-Formular eingetragen			
<input type="checkbox"/> Eltern über IV-Anmeldung informiert			
<input type="checkbox"/> Consent Formular zurückbekommen			
<input type="checkbox"/> MNDS-Formular vollständig ausgefüllt / im Fach des unterschreibenden Kaderarztes gelegt			
<input type="checkbox"/> Perinatale Asphyxie			
<input type="checkbox"/> Consent Formular zurückbekommen			
<input type="checkbox"/> Hypothermieprotokoll ausgefüllt			
<input type="checkbox"/> IV-Anmeldung			
<input type="checkbox"/> 494: GG<2000g		<input type="checkbox"/> 495: Infekt	<input type="checkbox"/> 496: NG-Abstinenzsyndrom
<input type="checkbox"/> 247: HMK		<input type="checkbox"/> 497: ANS (≥CPAP)	<input type="checkbox"/> 321: Anämie / Thrombopenie
<input type="checkbox"/> 313: Herzfehler		<input type="checkbox"/> 395: Bewegungsstörung	(transfusionsbedürftig)
<input type="checkbox"/> 498: Hypoglykämie <2.0 mmol/l bei Neugeborenen, <2.5 mmol/l bei Frühgeborenen und GG < 2500g			
<input type="checkbox"/> andere _____			