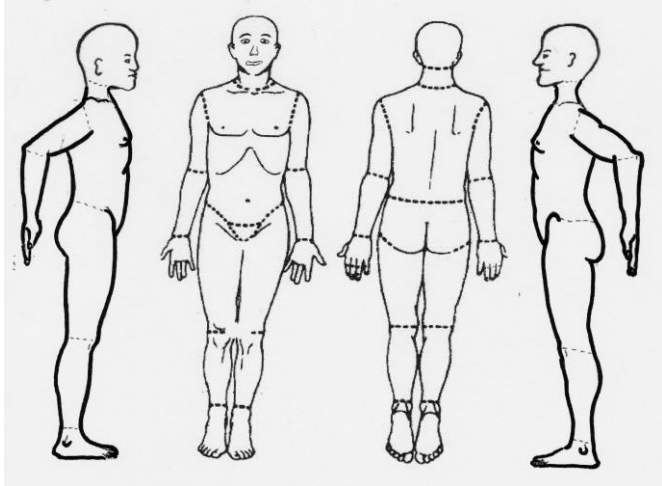


Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

(Kurzfassung, z.B. für Nachtdienst)

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w Station: _____
 Name, Vorname Ambulant

Untersuchung am: _____ um _____ h anwesend: _____ Untersucher/in: _____



Unfall-/Verbrennungshergang (Stichworte):

V.a. Nicht-akzidentellen Mechanismus weil

- Anamnese inadäquat/fehlend/wechselnd (evtl. hinten gesondert erläutern)
- + verschiedene Farben (CAVE Lokalisation)
- + ungewöhnliche Lokalisation
- Sonstiges:
 - ☞ Hämatomfarbe und Maße angeben!
 - ☞ Verbrennungsgrad angeben!
 - ☞ Verbrannte Oberfläche abschätzen: _____ % (____-gradig)

- Multiple Hämatome
- Abdrücke (Hände, Finger, Gegenstände, Bissmarke)
- Prädilektionsstelle (retroaurikulär, Lippen-/ Zungenbändchen, Gaumen, behaarter Kopf, Zähne)
- Immersionsverbrennung („Handschuh-/ Strumpfmuster“, fehlende Spritzer, Lokalisation)
- Kontaktverbrennung: (spezifisches Abdruckmuster, Zigarettenverbrennung)

Allgemeiner Zustand/Vigilanz ggfalls Glasgow Coma Scale:

- V.a. Gedeihstörung V.a. Entwicklungsstörung V.a. Vernachlässigung
- Pflegezustand auffällig
- V.a. Fraktur(en) Nein Ja, welche:

Kindergynäkologischer Status (Extra Schema verwenden) Später vorgesehen Erfolgt, Wertung:

Vorgesehene Diagnostik:

Röntgen

- Skelettscreening
- Skelettzinti (nur komplementär)
- Sonstige:

Augenhintergrund

Sono

- Abdomen
- Schädel
- Schädel-Doppler

Zerebrale Bildgebung

- CCT
- MRT

Labor

- BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P
- y-GT, GOT, GPT, AP, Amylase, Lipase
- Quick, PTT, vWF-AG + CoFaktor, PFA 100
- Urinstatus Drogenscreening

- Nur gezielt: TPHA, Cu/ Coeruloplasmin, HSV, Mykoplasmen
- organische Säuren i. Urin

Procedere

- Stationäre Aufnahme, Station: _____
- Ambulant möglich (Ausnahme!) weil: _____
- Kindergynäkologischer Status
- Fotodokumentation (+Skizze!)
- Info/Nachfrage Kinderarzt, Hausarzt, andere Kliniken
- Info diensthabender Oberarzt/ärztin (immer!)
- Info Sozialdienst im Hause
- Info Jugendamt
- Ansprechpartner: _____

 Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin
 Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit

Kindergynäkologischer Untersuchungsbefund/ v.a. Missbrauch bei Jungen (Kurzfassung, z.B. für Nachtdienst)

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w Station: _____
 Name, Vorname Ambulant
 Untersuchung am: _____ um _____ h anwesend: _____ Untersucher/in: _____

ANAMNESE (ggfalls. auf Rückseite ausführen):

Menarche: Nein Ja: Blutungen: Nein Ja: Fluor: Nein Ja:

Sonstiges:

Strukturierter Verhaltensfragebogen: unauffällig _____ Auffälligkeiten (von ___ Items)

Verhalten bei Untersuchung: kooperativ schüchtern ängstlich widerstrebend lehnt ab

KÖRPERLICHER BEFUND unauffällig Nebenbefund:

Pubertätsstadium (nach Tanner) P B G

GENITALER BEFUND Inspektion Separation Traktion Knie-Brust-Lage Kolposkop

Äußeres Genitale

unauffällig auffällig:

Labia majora/minora/Klitoris

unauffällig auffällig:

Vestibulum vaginae

unauffällig auffällig:

Fossa navicularis

unauffällig auffällig:

Fluor: Nein Ja:

Perineum, Commissura post.

unauffällig auffällig:

Hymenkonfiguration

semilunär anulär wulstig, östrogenisiert Variante:

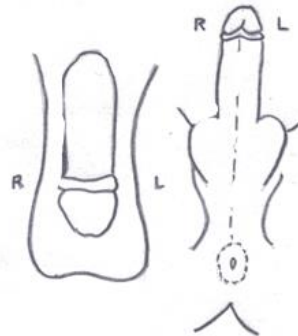
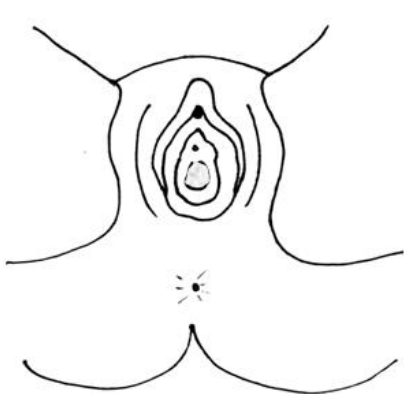
Hymen-Entfaltung Nein Ja

Bei Inspektion Separation Traktion Knie-Brust-Lage Q-Tip Wasser

Posteriorer Randsaum

Glattrandig Nicht beurteilbar Sonstiges

Pathologisch (spezifizieren):



ANALER BEFUND

Dilatation Normal

Fissuren

Fältelung

DIAGNOSTIK durchgeführt Nicht indiziert

Abstriche (Mikrobiologische)

vaginal Gonokokken Chlamydien Forensik/DNA*
 Entnahme Vestibulum Entnahme intravaginal

anal Gonokokken Chlamydien Forensik/DNA*

pharyngeal Gonokokken Forensik/DNA*

Nativer Ausstrich:

Serologie:

TPHA Hep.B HIV

Bakteriologie vaginal anal pharyngeal

Extra-Forensikbogen ausgefüllt

BEWERTUNG

Befundklasse:

Bemerkung/Fazit *Unspezifische oder Normalbefunde schließen einen sexuellen Missbrauch nicht aus!*

EMPFEHLUNGEN Prophylaxen nicht erforderlich indiziert*: Sex. übertragene Infektionen Notfallkontrazeption

Jugendamt Beratungsstelle:

Psychotherapie

Wiedervorstellung/Kontrolle am: _____

Sonstiges:

Datum

untersuchender Arzt/Ärztin

* Extra dokumentieren!