

Datum	Verlauf							
	Ärztliches Erstgespräch, Erstsichtung Schwangerschaftsdiabetes: Blutglukoseselbstkontrolle, Ernährungsberatung, Gewichtszielbereich festlegen							
	Ernährungsschulung und Besprechung der Blutzuckerwerte							
	<table border="1"> <tr> <td>+</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> <td>?</td> <td>Insulin</td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td><input type="radio"/> nein</td> </tr> </table>	+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
	Ärztliche Sprechstunde							
	<table border="1"> <tr> <td>+</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> <td>?</td> <td>Insulin</td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td><input type="radio"/> nein</td> </tr> </table>	+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
	<table border="1"> <tr> <td>+</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> <td>?</td> <td>Insulin</td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td><input type="radio"/> nein</td> </tr> </table>	+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
	<table border="1"> <tr> <td>+</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> <td>?</td> <td>Insulin</td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td><input type="radio"/> nein</td> </tr> </table>	+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
	<table border="1"> <tr> <td>+</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> <td>?</td> <td>Insulin</td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td><input type="radio"/> nein</td> </tr> </table>	+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
	<table border="1"> <tr> <td>+</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> <td>?</td> <td>Insulin</td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td><input type="radio"/> nein</td> </tr> </table>	+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
	<table border="1"> <tr> <td>+</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> <td>?</td> <td>Insulin</td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td><input type="radio"/> nein</td> </tr> </table>	+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		

Datum	Verlauf							
	<table border="1"> <tr> <td>+</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> <td>?</td> <td>Insulin</td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td><input type="radio"/> nein</td> </tr> </table>	+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
	<table border="1"> <tr> <td>+</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> <td>?</td> <td>Insulin</td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td><input type="radio"/> nein</td> </tr> </table>	+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
	<table border="1"> <tr> <td>+</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> <td>?</td> <td>Insulin</td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td><input type="radio"/> nein</td> </tr> </table>	+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
	Schulung Entbindung und Diabetesprävention							
	<table border="1"> <tr> <td>+</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> <td>?</td> <td>Insulin</td> <td><input type="radio"/> ja</td> <td><input type="radio"/> nein</td> </tr> </table>	+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
+	(+)	(-)	?	Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
	Ärztliches Gespräch vor der Entbindung							
	Gewichtszunahme bis zur _____. SSW: _____kg							
	HbA1 (optional) : _____% / mmol/mol							
	Komplikationen:							
	Termin Postpartales Diabetes-Screening / Untersuchung des Zucker-Stoffwechsels nach der Entbindung mit Glukosebelastungstest (bitte Nüchtern kommen!):							

Glukose Challenge Test (50g GCT)

Wird 1 Stunde nach Trinken von 50 g Glukose (in 200 ml Wasser) eine venöse Plasmaglukose ≥ 135 mg/dl gemessen, ist die Durchführung eines 75 g OGT indiziert.

Die Diagnose „Gestationsdiabetes“ wird gestellt, wenn

im 75g Glukosebelastungstest (mit Trinken von 300 ml Zuckerlösung) einer der folgenden Werte erreicht oder überschritten wird (DDG, 2011):

Nüchtern-Glukose	≥ 92 mg/dl	gemessen im venösen Plasma / ven. Vollblut mit plasmakalibrierten Werten
nach 60 min	≥ 180 mg/dl	
nach 120 min	≥ 153 mg/dl	

Es liegt ein manifester Diabetes mellitus vor, wenn:

Nüchtern-Plasmaglukose (2 Messungen)	≥ 126 mg/dl
Nach 120 min (o. Gelegenheitspl.glukose)	≥ 200 mg/dl

Behalten Sie diesen Bogen in Ihrem Mutterpass und legen ihn bei jedem Besuch bei uns und ihrem Frauenarzt vor. Bringen Sie uns bitte immer Ihre aktuellen Ultraschallbefunde, Untersuchungsergebnisse und Ihr Blutzuckerbuch mit. Bei Fragen zwischen Ihren Terminen sind wir für Sie telefonisch erreichbar.

Bitte vereinbaren Sie einen Termin für einen Zuckerbelastungstest ca. 6-12 Wochen nach der Entbindung!

Bringen Sie zu diesem Termin Ihren Mutterpass und wenn möglich den Entbindungsbericht mit.

Frauenarzt:

Entbindungsklinik:

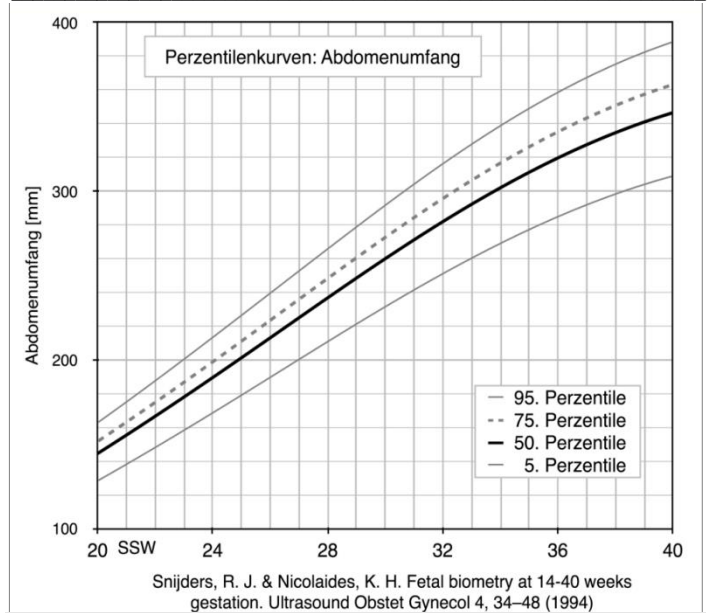
Hebamme:

- +** = Blutzuckerwerte im Zielbereich
(+) = nur einzelne Blutzuckerwerte oberhalb des Zielbereichs
(-) = Blutzuckerwerte überwiegend oberhalb des Zielbereiches
? = Blutzuckerdokumentation erlaubt keine Beurteilung der Stoffwechsellage

Datum:		ET:	
Diagnose i.d. SSW:		<input type="radio"/> Gestationsdiabetes	
Diagnose i.d. SSW:		<input type="radio"/> oGTT Normalbefund	
Diagnose i.d. SSW:		<input type="radio"/> Manifester Diabetes mellitus (Diagn. in der Schwangerschaft)	
Diagnose i.d. SSW:		<input type="radio"/> Normale Nüchtern/Gelegenheitsglukose (i.d. Frühschwangerschaft)	
Risikofaktoren für Diabetes:	<input type="radio"/> BMI ≥ 30 kg/m ² <input type="radio"/> Diabetes bei Eltern/Geschwistern: <input type="radio"/> Früherer GDM <input type="radio"/> Alter ≥ 45 J. <input type="radio"/> Andere		
Früh-Screening (bei RF) < 24.SSW	Datum:	Nüchternglukose:	mg/dl
	SSW:	HbA1c:	% / mmol/mol
50g GCT SSW 24 ⁺⁰ – 27 ⁺⁶	Datum:	Glukose n. 1 h:	mg/dl
	SSW:	Nüchternglukose:	mg/dl
Oraler Glukose-belastungs Test (75 g oGTT)	Datum:	nüchtern:	mg/dl
	SSW:	nach 60 min:	mg/dl
		nach 120 min:	mg/dl
Gewicht	vor der Schwangerschaft: _____ kg BMI: _____ kg/m ² bei Diagnose des GDM: _____ kg Individuell empfohlene Gewichtszunahme nach Ausgangs-BMI in Ihrer Schwangerschaft: _____ kg bis _____ kg		
weitere Befunde	RR:	mmHg	
	HbA1c:	% / mmol/mol; TSH	mU/l
Vorgehen / Therapie / Schulung:	<input type="radio"/> keine Maßnahmen erforderlich <input type="radio"/> Wiederholung oGTT bei klinischem Verdacht auf GDM in der _____ SSW <input type="radio"/> Beratung Ernährung und Bewegung, Blutglukose-Selbstkontrolle, Blutzuckerzielwerte: Nüchtern: 65-95mg/dl / 1h postprandial: <140mg/dl. <input type="radio"/> Insulintherapie und -Schulung ab: Normal-Insulin: Basal-Insulin:		
Andere Diagnosen:			
Medikamente und sonstiges:			
Behandelnder/de Diabetes-Arzt/Ärztin:			
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
_____ (Unterschrift / Datum)			

Angaben Frauenärzte:

Bitte hier Ultraschallbefunde eintragen! Danke!



SSW	Bauchumfang				Kopfumfang				
	10.P	50.P	75.P	95.P	SSW	10.P	50.P	75.P	95.P
24	173	189	199	213	24	204	216	223	233
25	184	201	211	226	25	215	228	235	246
26	195	213	223	239	26	226	240	247	258
27	205	225	236	253	27	236	251	259	271
28	216	237	248	266	28	247	262	270	282
29	227	248	261	279	29	257	272	281	294
30	238	260	273	292	30	266	282	291	304
31	248	271	284	304	31	275	291	301	314
32	258	282	296	316	32	283	300	309	323
33	267	292	307	328	33	290	308	317	332
34	276	302	317	339	34	296	314	324	339
35	285	312	327	350	35	302	320	330	345
36	293	320	336	359	36	306	325	335	351
37	300	328	344	368	37	310	329	339	355
38	307	336	352	376	38	312	331	342	357
39	313	342	358	383	39	314	333	343	359
40	318	347	364	389	40	314	333	344	359

Bewertung der Biometrie: Zutreffendes ankreuzen

Datum					
SSW					
Kopfumfang					
Abd.umfang					
Makrosomie					
Normosom					
Wachstumsretardierung					