



Shaken Baby Syndrom–Schütteltrauma: Inzidenz, klinische Präsentation & Outcome

In Kooperation mit der Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland (ESPED)

Fragebogen:

Im Fensterumschlag an

Studienleiter:

ESPED Studienzentrale
Arbeitsgruppe der Kinderklinik der
Heinrich-Heine-Universität
Postfach 10 22 44

40013 Düsseldorf

Dr. med. Bernd Herrmann
Tel: 0561-980 3389
Fax: 0561-980 6951
E-Mail: herrmann@klinikum-kassel.de
Internet: kundesmisshandlung.de

Diagnose Schütteltrauma/Shaken Baby Syndrom

1. Patientendaten

Fallnummer (Vergabe durch Studienleiter): Dauer des stationären Aufenthaltes: ___Tage

Geburtsmonat/jahr __ 200__ Alter zum Diagnosezeitpunkt: __Jahre __ Monate Aufnahmemonat: __/200__

Geschlecht Weiblich Männlich
Nationalität: Deutsch Europäisches Ausland Nicht europäisches Ausland

2. Anamnese

- Fehlende Anamnese (keine erklärenden Angaben, kein Unfall)
- Nicht adäquate Anamnese (banaler Mechanismus bei signifikanter Hirnverletzung)
- (Laien-) Reanimation, Stimulation aufgrund angeblicher Apnoe
- Bezeugtes oder zugegebenes Schütteln Schütteln mit Hinschmeißen /Aufprall

Verursacher (falls bekannt) Vater Lebensgefährtin der Mutter Mutter Andere:

Sozialstatus (falls bekannt) Kein Schulabschluss Hauptschule Realschule Hochschulabschluss

Arbeitslos ja/nein/unbekannt Sonstiges:

Grund des Schüttelns (falls bekannt) Ärger über Schreien Stimulation bei Verdacht auf Atemstillstand

Sonstiges:

Bereits früherer Misshandlungsverdacht aufgetreten Verursacher/Familie dem Jugendamt bekannt

3. Klinische Symptome/Befunde bei Aufnahme:

Irritabilität Lethargie/Somnolenz Koma „Sepsisartiges Bild“ Trinkschwierigkeiten

Zerebrale Krampfanfälle Sonstige auffällige neurologische Befunde _____

Erbrechen Apnoen Beatmungspflichtig Bradycardien

Glasgow Coma Scale: _____ Exitus letalis, ___ Stunden nach Aufnahme

Vorgewölbte Fontanelle oder andere Hirndruckzeichen

Hämatome Vereinzelt, unverdächtig Ausgeprägt und/oder ungewöhnliche Verteilung

Skalphämatome,

Griffmarken an Oberarmen oder Thorax

Sonstige _____

4. Retinale Blutungen

Fundoskopie nicht durchgeführt; Fundoskopie durchgeführt durch: Pädiater Ophthalmologe

Einseitig beidseitig, disseminiert, flammenförmig, petechial

mehr als eine retinale Schicht betreffend (prä-, intra-, subretinal)

Glaskörperblutungen traumatische Retinoschisis

5. Bildgebung

CCT

MRT

Zerebral:

bei Aufnahme Verlauf, Tag:

bei Aufnahme -Verlauf, Tag:

Subduralblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subarachnoidalblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subdurale Hygrome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hirnödem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parenchymläsion/ axonales Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Röntgen-Skelett-Screening* nicht durchgeführt auffällig: __ Frakturen: _____
Knochenszintigrafie nicht durchgeführt auffällig: __ Frakturen: _____

- __ (Anzahl) metaphysäre Frakturen, nicht erklärbar durch Unfalls-Mechanismus
 Multiple (__ Anzahl) Frakturen unterschiedlichen Alters, ohne schweren akzidentellen Mechanismus
 Rippenfrakturen ohne schweren akzidentellen Mechanismus Rippenserienfraktur

6. Blutgerinnung

- Werte bestimmt nicht bestimmt
 normal pathologisch: _____

8. Therapie

- Intensivstation/-einheit Beatmung: __ Tage Hirndrucksonde
 Neurochirurgische Intervention: _____

9. Outcome bei Entlassung

- Unauffällig Neurologisch auffällig Verstorben
 Obduziert (Diagnose bestätigt nichtbestätigt unbekannt)

10. Neurostatus bei Entlassung

- Unauffällig Leichte Beeinträchtigung Mittlere Beeinträchtigung Schwerste Beeinträchtigung
 Krampfanfälle Spastik Muskelhypotonie Hemi-/Tetraplegie Irritabilität, Schrei-/Unruheproblematik

11. Weitere Maßnahmen

- Neuropädiatrische Weiterbetreuung vorgesehen
 Jugendamt involviert Beratungsstelle Andere Therapie oder Beratungseinrichtungen
 Strafanzeige erfolgt durch: Klinik Andere Stellen Laien
 Keine der obigen Maßnahmen (evtl. ergänzen: _____)

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit, Zeit & Mühe !

Frankierter Rückumschlag anbei.

Meldedatum

Meldende Klinik (Stempel)

Meldender Arzt/Ärztin (Druckschrift)

Kontakt für Rückfragen

Tel.

E-Mail

* Methode der Wahl bei Misshandlungsverdacht unter 3 Jahre

Details bei Leitlinien Kinderradiologie: www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/064-014.htm