



## Anfrage an den STIS

<b>Absender</b> (unser Zentrum beantwortet Fragen von medizinischem Fachpersonal):		<b>Datum der Anfrage :</b>
Name :		
Straße :	Postleitzahl/Ort :	
Telefon :	Fax :	

**Patientin** (gegebenenfalls Initialen):

Name :	Vorname :	Geburtsdatum :
--------	-----------	----------------

<b>Stadium der Schwangerschaft :</b>	Datum der letzten Periode :	Ultraschall :
<b>Gravida :</b>	<b>Para :</b>	<b>Frühere Schwangerschaften :</b> <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch <input type="checkbox"/> Spontanabort
<b>Aktuelle SS:</b> <input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> ovarielle Stimulation <input type="checkbox"/> andere		
<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> unerwartet und akzeptiert <input type="checkbox"/> ambivalent <input type="checkbox"/> unerwünscht (SS-Abbruch geplant)		

**Arzneimittel, die die Patientin eingenommen hat**

Medikament	Dosis	Darreichungsform	Zeitraum der Anwendung		Indikation
			von*	bis**	
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
5. Folsäure <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ?	_____	_____	_____	_____	_____

\* Datum oder Dauer (Anzahl Tage / Monate / Jahre) \*\* Datum oder Dauer, wenn weitergegeben : WEITER

Bemerkungen :

**Andere Risikofaktoren für die Schwangerschaft :**

Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	Welche Getränke und wie viel .....
Rauchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	Anzahl Zigaretten/Tag .....
Drogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	Welche und wie viel <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	
Übergewicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	Gewicht ..... Größe ..... (vor der SS)
Vorgeschichte angeborener Anomalien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	
Psycho-soziale Probleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	

Bemerkungen :



**Untersuchungsergebnisse**

SS-Test : Datum 

			2	0
--	--	--	---	---

 Ergebnis 

--

Ultraschall : Datum 

			2	0
--	--	--	---	---

 Ergebnis 

--

Karyotyp : Datum 

			2	0
--	--	--	---	---

 Ergebnis 

--

Bemerkungen :

**Chemikalien :**

Beschäftigungsrate :

Dauer der Exposition :

Belüftung der Räume :  ja  nein

Schutzmaßnahmen : Handschuhe, Schutzbrille, Kittel, Abzug

Symptome (HNO, Kopfschmerzen) :

**Stillen :**

Alter des

Dauer der

Gewicht des

Stillen :

Kindes :

Schwangerschaft :

Kindes :

voll  teil

**Name des zuständigen Gynäkologen (wenn nicht Absender) :**

Name :

Adresse:

Telefon :

**E-mail: [stis@chuv.ch](mailto:stis@chuv.ch)**