



Persönliche und Familiengeschichte

Welcher Ethnie gehören Sie an?
(Kaukasisch, Afrikanisch, Asiatisch, Andere)

Hatten Sie Bluthochdruck vor der Schwangerschaft? (Ja/Nein)

Hatten Sie Diabetes vor der Schwangerschaft? (Ja/Nein)

Rauchen Sie? (Ja/Nein)

Hatten Sie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall?(Ja/Nein)

Hatten Ihre Mutter, Schwester(n) eine Präeklampsie oder Bluthochdruck in der Schwangerschaft? (Ja/Nein/Unbekannt)

Haben Vater, Mutter oder Geschwister Bluthochdruck? (Ja/Nein/Unbekannt)

Haben Vater, Mutter oder Geschwister Diabetes? (Ja/Nein/Unbekannt)

Hatten Vater, Mutter oder Geschwister einen Herzinfarkt oder Schlaganfall?
(Ja/Nein/Unbekannt)

Imprint

Das vorliegende Patientenblatt basiert auf der AWMF Leitlinie 015-018 „Hypertensive Erkrankung in der Schwangerschaft“ und wurde nach FIGO „Post partum health record“ (DOI: 10.1002/ijgo.14540) modifiziert.

Design: Diana Hofmann-Larina, EFCNI
Bilder: Shutterstock

NACHSORGEPASS FÜR MÜTTER NACH PRÄEKLAMPSIE

Name:

Geburtsdatum der Mutter:

Geburtsdatum des Kindes:



Eine Schwangerschaft kann ein natürlicher Stresstest für das Herz sein. Die Schwangerschaft und die Zeit nach der Entbindung ist die beste Zeit um auf Risikofaktoren für Herzkrankheiten untersucht zu werden.

Kennen Sie Ihr Risiko?



LOGOS



WIE KÖNNEN SIE IHR RISIKO SENKEN?

| Schwangerschaftsbedingte kardiovaskuläre Risikofaktoren |
|---|
| <input type="checkbox"/> Präeklampsie |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie in der Schwangerschaft geraucht? |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes |
| <input type="checkbox"/> Vorzeitige Plazentalösung |
| <input type="checkbox"/> Ungeklärte Frühgeburt (vor der 37. SSW) |
| <input type="checkbox"/> Intrauterine Wachstumsrestriktion |

| Informationen zum Kind |
|---|
| Bitte tragen Sie hier die Informationen zur Geburt Ihres Kindes ein. |
| Geburt in Schwangerschaftswoche: |
| Geschlecht des Kindes: |
| Geburtsgewicht (g): |
| Gewichtszentile zur Geburt: |
| Länge bei Geburt (cm): |
| Kopfumfang (cm): |



Bleiben Sie aktiv und bewegen Sie sich mindestens 150 Minuten pro Woche.



Leben Sie rauchfrei.



Ernähren Sie sich gesund, indem Sie wenig Salz, Fett und Zucker zu sich nehmen.



Besprechen Sie vor einer erneuten Schwangerschaft die Risiken und optimieren Sie Ihre Gesundheit.

Streben Sie ein gesundes Körpergewicht an. Erreichen Sie nach der Entbindung möglichst wieder ihr Gewicht vor der Schwangerschaft.



Stillen Sie so lange wie möglich.



Gehen Sie regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen.



| Empfohlener Zeitplan für Gesundheitsuntersuchungen | | | | | |
|--|-------|------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| Zeit seit Geburt | Datum | Blutdruck (mmHg) | Gewicht (kg) | BMI (kg/m ²) | Tailenumfang (cm) |
| 6 Wochen | | | | | |
| 6 Monate | | | | | |
| 12 Monate | | | | | |
| weiter jährlich | | | | | |
| Gewichtsverlauf & Zielwerte | | | | | |
| Größe (cm): | | | Gewicht (kg) | BMI (kg/m ²) | Tailenumfang (cm) |
| Vor der Schwangerschaft | | | | | |
| Zur Geburt | | | | | |
| Ziel nach 12 Monaten | | | | | |
| Empfohlene Zielwerte | | | vor der Schw. | < 25 | < 88 |

| Blutuntersuchung empfohlen nach 6 Wochen, 6 und 12 Monaten und jährlich | | | |
|---|----------|----------|-----------|
| | 6 Wochen | 6 Monate | 12 Monate |
| Cholesterin (nmol/L) | | | |
| HDL (nmol/L) | | | |
| LDL (nmol/L) | | | |
| Triglyzeride (nmol/L) | | | |
| Nüchtern-BZ (mmol/L) | | | |
| GFR (ml/min) | | | |
| Kreatinin (umol/l) | | | |
| HbA1c % | | | |

| Körperliche Aktivität | | |
|-----------------------|-------------------|---|
| Zeit seit Geburt | Minuten pro Woche | Durchschnittliche Anzahl Schritte pro Tag |
| 2 Monate | | |
| 6 Monate | | |
| 12 Monate | | |
| Empfehlung | > = 150 | > = 10.000 |