

Informationsblatt, Aufklärungsbogen, Zustimmungserklärung

**Präeklampsie-Screening**

Wahrscheinlichkeitsberechnung

für die Entwicklung einer Präeklampsie in der Schwangerschaft

Wichtige Hinweise zur Präeklampsie:

- Präeklampsie ist eine der häufigsten Schwangerschaftserkrankungen (2-5% aller Schwangerschaften).

- Die Ursache der Erkrankung ist nicht genau bekannt und kann nicht geheilt werden.

- Typische Symptome sind: wiederholte Blutdruckwerte über 140/90 und Ausscheidung von Eiweiß im Urin, oft begleitet von Ödemen (Schwellungen) und rascher Gewichtszunahme, Kopfschmerzen und Sehstörungen, Übelkeit und Oberbauchschmerzen.

- Eine Einschätzung des Risikos für Präeklampsie vor dem Beginn der Krankheitssymptome (vor der 20. SSW.) ermöglicht die Früherkennung der Erkrankung, evtl. auch eine Vorbeugung oder Linderung der schweren Verlaufsformen.

- Eine schwere Form der Präeklampsie kann zu vielen mütterlichen und kindlichen Komplikationen führen.

Erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer Präeklampsie haben unter anderem Schwangere mit:

chronischen Leiden wie: Übergewicht, Diabetes, Hochdruck, Nieren- und immunologischen systemischen Erkrankungen und Präeklampsie in einer vorausgegangenen Schwangerschaft.

Durchführung des Präeklampsie-Screenings:

- 11. bis 14. SSW.

- Blutdruckmessung 2x hintereinander an beiden Oberarmen

- Ultraschall der Blutversorgung an der Gebärmutter (Uterine Arterien)

- Erhebung mütterlicher Daten (Gewicht, Körpergröße, Ethnizität, Raucherstatus, Bluthochdruck, usw.)

- Blutabnahme für zwei biochemische Marker: PAPP-A und PIGF.

Durch diesen Test ist es möglich, den Großteil der zukünftigen Präeklampsien vorherzusagen und dadurch den Patientinnen mit erhöhtem Risiko eine zusätzliche Schwangerschaftsbetreuung anzubieten.

Ich bin über das **Präeklampsie-Screening** (Wahrscheinlichkeitsberechnung) informiert und wünsche die Durchführung.

JA O NEIN O

Ich habe dazu keine weiteren Fragen.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin Datum