

FOKUS: Modul - Ophthalmologie

UKKJ-FM

gültig ab: 01.05.2021

Version: 03

Seite 1 von 2

Modul: Ophthalmologie-Untersuchung bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Adresse: _____

Datum: _____



Pupillenreaktion: _____ bereits erweitert **Augenmotilität:** _____

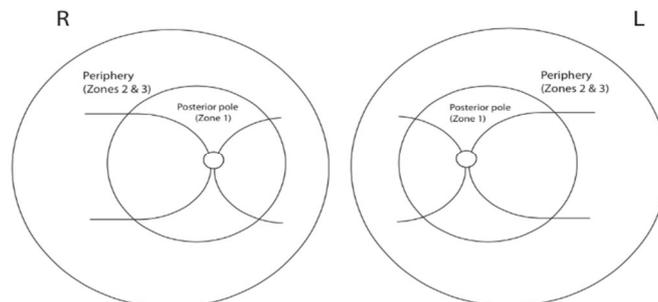
Äußerliche Befunde (z.B. periokuläre Hämatome, Lidverletzungen, subkonjunktivale Blutungen, Hornhautläsionen):

Vorderer Abschnitt (Vorderkammer, Iris, Linse): _____

Untersuchung des Augenhintergrundes

(Nach: The Royal College of Paediatrics and Child Health and The Royal College of Ophthalmologists (2013) Abusive Head Trauma and the Eye in Infancy)

Funduskopie (obligat < 3a)



FUNDUS	RECHTES AUGE		LINKES AUGE	
Netzhaut anliegend	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Retinale Blutungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Macula frei	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
ANZAHL der Blutungen	<input type="checkbox"/> wenige (1-10) <input type="checkbox"/> viele (10-20) <input type="checkbox"/> unzählige		<input type="checkbox"/> wenige (1-10) <input type="checkbox"/> viele (10-20) <input type="checkbox"/> unzählige	
LAGE der Blutungen	<input type="checkbox"/> präretinal <input type="checkbox"/> intraretinal <input type="checkbox"/> subretinal		<input type="checkbox"/> präretinal <input type="checkbox"/> intraretinal <input type="checkbox"/> subretinal	
VERTEILUNG der Blutungen*	Hinterer Pol (Zone 1) wenig / viel / unzählige	Peripherie (Zone 2 & 3) wenig / viel / unzählige	Hinterer Pol (Zone 1) wenig / viel / unzählige	Peripherie (Zonen 2 & 3) wenig / viel / unzählige
GRÖSSE der Blutungen	<input type="checkbox"/> klein (< 1dd**) <input type="checkbox"/> mittel (1-2dd) <input type="checkbox"/> groß (> 2dd)		<input type="checkbox"/> klein (< 1dd) <input type="checkbox"/> mittel (1-2dd) <input type="checkbox"/> groß (> 2dd)	
MORPHOLOGIE der Blutungen				
Retinoschisis*				
Perimakuläre Falten				
Papille				
sonst. Befunde				

* in Schema einzeichnen ** disc diameter (Papillendurchmesser)

Fundus untersucht mit: indirektem Ophthalmoskop (und 20d / 28d / 30d / 2.2d) OCT (optische Kohärenztomografie)**Fotodokumentation Fundus:** RetCam Fotokamera Fotodokumentation des äußeren Auges

Augenärztliche Kontrolluntersuchung in/am: _____

Verlaufsbeurteilung:

 Progression Regression unverändert_____
Datum, Ort_____
Name und Unterschrift der untersuchenden Fachkraft