

Registerstudie 04 / 2021



CRONOS
SATELLITES
Covid-19 Related Obstetric and
Neonatal Outcome Study in Germany



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PERINATALE MEDIZIN

Unterstützt von:



Krumme-Stiftung
Deutsche Diabetes Stiftung

Registrierung CRONOS Satellites

1.1 Welches Einschlusskriterium zur Aufnahme in das CRONOS-Satelliten-Register liegt vor ?

SARS-CoV-2-Infektion **vor** aktueller Schwangerschaft?

Impfung gegen SARS-CoV-2 bei aktueller Schwangerschaft

Andere Indikation für das CRONOS-Satelliten-Register: _____

SARS-CoV-2 Infektion (Diesen Abschnitt bitte nur bei Infektion vor Schwangerschaft auszufüllen)

2.1 Zeitpunkt der SARS-CoV-2-Infektion **vor** der Schwangerschaft? _____ Monate vor Konzeption

2.2 Liegt eine medizinische Dokumentation der SARS-CoV-2- Infektion vor ?

Ja, PCR

Ja, Antibody-based Assay

Ja, AntiGEN-Assay

Ja, aber Test unbekannt oder Anderes

Nein, nur anamnestisch

2.3 Hatte die Patientin Symptome im Einklang mit COVID-19? Ja Nein

Wenn ja, bitte den Grad der Beeinträchtigung angeben:

Leicht (z-B. Husten, Erkältungssymptomatik)

Mittel (Dyspnoe OHNE O2-Bedarf)

Schwer (O2-Bedarf +/- Nicht invasive Beatmung)

Kritisch (Invasive Beatmung)

Keine

SARS-CoV-2 Infektion (Diesen Abschnitt bitte nur auszufüllen, wenn eine Impfung erfolgt ist)

2.4 Unter welchen Umständen erhielt die Patientin die Impfung gegen COVID-19?

(Bitte nur einen Hauptgrund angeben, keine mehrfach Nennung möglich)

Kein spezieller Grund

Weitere medizinische Risiken

Schwangerschaft als einziges Risiko

Arbeitet im Gesundheitswesen mit Patientenkontakt

Arbeitet mit Kindern

Erhielt die Impfung im Los-Verfahren

Wurde von dem Gesundheitsamt angeschrieben

Anderer Grund _____

2.5 Schwangerschaftswoche der (ersten) Impfdosis gegen COVID-19? (Bsp. 20 + 4 = 21. SSW) _____ SSW

2.6 Mit welchem Impfstoff wurde die Patientin geimpft?

BioNTech/Pfizer

Moderna

AstraZeneca

Johnson&Johnson



Gamaleya Sputnik V

Unbekannt

Andere: _____

2.7 Hatte die Patientin Symptome nach der Impfung/ eine Impfreaktion?

Keine

Leicht (z.B. Lokaler Schmerz)

Mittel (z.B. Fieber, Kopfschmerzen max. 48h)

Schwer (z.B. Anti-Allergische Medikation)

Sehr schwer (z.B. Stationäre Überwachung)

Kritisch (z.B. Aufnahme Intensivstation)

2.8 Bitte die ersten vier Ziffern der Postleitzahl eintragen _____

2.9 Aus welchem Land / Region stammt die Patientin? _____

2.10 Ist eine Verständigung problemlos möglich?

Ja

Nein

Registrierung CRONOS Satellites

Erstvorstellung in der Klinik

3.1 Schwangerschaftswoche nach Einschluss/ Vorstellung in der Klinik ? (Bsp. 20 + 4 = 21. SSW) _____ SSW

3.2 Ist die Patientin bei allgemeinem Wohlbefinden?

Ja

Nein

Wenn nein, wie lange bestehen die Beschwerden bereits? _____

Monate

Wenn nein, berichtet die Patientin insbesondere über folgende Symptome?

Schnelle Erschöpfung

Kopfschmerzen

Halsschmerzen

Muskelschmerzen

Gliederschmerzen

Konzentrationsstörungen

Gedächtnisstörungen

Depression

Husten

Thorakales Engegefühl

Subjektive Ruhedyspnoe

Geschmacksstörung

Geruchsstörung

Keines der hier genannten

Andere _____

Wie stark ist die Patientin beeinträchtigt? **Leicht** (Keine Reduktion der Aktivität/ Keine Medikamentöse Behandlung)

Mittelschwer (< 50% Reduktion der Aktivität / Medikamentöse Behandlung)

Schwer (>50% Reduktion der Aktivität/ regelmäßige ärztliche Behandlung)

3.3 Für Z.n. COVID-19: sind die angegebenen Beschwerden auf COVID-19 wahrscheinlich zurückzuführen?

Ja

Nein

Unbekannt

Datensatz bei Einschluss

Mütterliche Baseline Daten

4.1 Alter der Patientin? _____ Jahre

4.2 Gravidität (Anzahl der Schwangerschaften insgesamt, zzgl. der aktuellen Schwangerschaft) _____

- Anzahl der Frühaborte (<16+0 SSW) _____ Anzahl der Frühgeburten (22+0 – 33+6 SSW) _____
- Anzahl der Spätaborte (16+0 - 23+6 SSW) _____ Anzahl der Frühgeburten (34+0 - 36+6 SSW) _____
- Anzahl der Termingerburten (ab 37+0 SSW) _____

4.2.7 Schwangerschaftskomplikationen in vorausgegangenen Schwangerschaften?

4.3 Parität (Anzahl der Geburten ohne die aktuelle Schwangerschaft/ Geburt) _____

4.4 Fertilitätsbehandlungen in dieser Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn **ja**, welche? IVF/ ICSI fremde Eizelle Stimulation Insemination Andere _____

4.5 Mehrlinge Ja Nein

Wenn **ja**, bitte Chorionizität angeben Di-Di Mo-Di
 Mo-Mo Drillinge (Jede Chorionizität)

4.6 Mütterliche Größe _____ cm

4.7 Mütterliches Gewicht vor der Schwangerschaft _____ kg

4.9 Mütterlicher Hämoglobinwert (Hb) in der Frühschwangerschaft _____ g/dL

4.10 Mütterlicher Blutdruck (syst. RR und diast. RR) in der Frühschwangerschaft _____/_____ mmHg



Datensatz bei Einschluss/ Klinikvorstellung

Mütterliche Grunderkrankungen

5.1 Nikotin / Rauchen vor der Schwangerschaft? Ja Nein

5.2 Nikotin / Rauchen während der Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, Anzahl der Zigaretten pro Tag während der Schwangerschaft? _____

5.3 Nikotin / Rauchen Exposition im Lebensraum / Wohnung z.B. wegen Partner? Ja Nein

5.4 Liegt eine mütterliche Vor- oder Begleiterkrankung vor? Wenn ja, Welche?

Wenn ja, bitte Grad der Beeinträchtigung angeben

Leicht (keine Beeinträchtigung) **mittel** (z. B. regelm. Medikamente) **schwer** (z.B. regelm. Ärztl. Behandlung)

Im Falle eine **Diabetes Mellitus** Erkrankung, bitte folgende Fragen beantworten

5.4.1.2 Spezifischer Diabetes Mellitus Typ 1 Typ 2

5.4.1.3 Anzahl der Jahre des bestehenden Diabetes Mellitus _____ Jahre

5.4.1.4 Sind Komplikationen des Diabetes Mellitus bekannt? Ja, welche _____ Nein

5.4.1.5 Sind Hypoglykämien mit Notwendigkeit zur Fremdhilfe in der Schwangerschaft aufgetreten? Ja Nein Unbekannt

5.4.1.6 Sind Ketoazidosen mit Notwendigkeit zur Fremdhilfe in der Schwangerschaft aufgetreten? Ja Nein Unbekannt

5.4.1.7 In welcher Schwangerschaftswoche wurde der Gestations-Diabetes-Mellitus diagnostiziert? _____ SSW

5.4.1.8 **75g OGTT** Werte 0h.: _____ 1h. _____ 2h. _____

5.4.1.9 Besteht eine Mitbetreuung durch den Hausarzt*in / Diabetologe*in? Ja Nein

5.4.1.10 Welche Diabetes spezifische Behandlung besteht? _____

5.5 Wichtige Dauermedikation in der Schwangerschaft ? Keine Medikation

Datensatz bei Einschluss/Klinikvorstellung

Mütterliche Untersuchung in der Klinik

6.1 Schwangerschaftswoche nach Einschluss/ Vorstellung in der Klinik ? (Bsp. 20 + 4 = 21. SSW) _____SSW

6.2 Bildgebung Fötus: Perzentile des Fötalen Schätzwichtes _____P

6.5 Bildgebung Fötus: Fruchtwasser

<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Polyhydramion
<input type="checkbox"/> Oligohydramion	<input type="checkbox"/> Anhydramion

6.8 Fötus: Anzeichen fetaler Disstress im Doppler-Ultraschall Ja Nein

6.11 Andere wichtige Befunde in Bezug auf den Fötus? _____

Weiteres Management / Behandlung

Aufnahme in die Klinik

7.1 Erfolgte eine stationäre Aufnahme der Patientin? Ja Nein Unbekannt

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die stationäre Aufnahme in die Klinik? _____SSW

7.1.1 Welcher Grund zur stationären Behandlung lag vor?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehentätigkeit | <input type="checkbox"/> Vorzeitiger Blasensprung | <input type="checkbox"/> Cervixinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Fetale Wachstumsrestriktionen | <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes | <input type="checkbox"/> Hypertensive Schw.-Erkr. |
| <input type="checkbox"/> HELLP-Syndrom | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftscholestase | Andere: _____ |

Raum für Ergänzungen:

Weiteres Management / Behandlung

Geburtshilfliche präpartale Maßnahmen

8.1 Erhielt die Patientin eine Tokolyse in der Schwangerschaft? Ja Nein Unbekannt

8.2 Erhielt die Patientin Magnesium zur Neuroprotektion in der Schwangerschaft? Ja Nein Unbekannt

8.3 Erhielt die Patientin eine fetale RDS- Prophylaxe in der Schwangerschaft? Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, in welcher SSW wurde die Lungenreifeinduktion durchgeführt? _____

8.4 Erhielt die Patientin eine Antibiose in der Schwangerschaft?

Wenn ja, was war der Grund für die Antibiose? Ggf. bitte Antibiose spezifizieren: _____

8.5 Wurden Blutgerinnungshemmer **neu** verordnet ? Ja Nein Unbekannt

Dosierung der Antikoagulation Prophylaktisch Therapeutisch Unbekannt

8.6 Erhielt die Patientin eine andere geburtshilfliche Intervention in dieser Schwangerschaft?

Wenn ja, welche geburtshilfliche Intervention erfolgte? _____

Outcome Mutter und Kind

Maternales Outcome

9.1 Kam es zu einer Intensiv Überwachung (ICU) der Mutter prä-, peri- oder postpartal? Ja Nein

Wenn ja, welche Umstände führten zur Überwachung auf der ICU und wann haben die Maßnahmen begonnen? _____

9.2 Ist die Mutter verstorben? Ja Nein

Wenn ja, bitte spezifizieren Sie die Art und den Umstand des maternalen Todes: _____

9.3 Kam es zu thromboemolischen Komplikationen? Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, bitte spezifizieren Sie die Art des thromboembolischen Ereignisses und wann genau sie erfolgten: _____

9.4 Andere relevante Angaben zu Komplikationen oder ungünstigen Verläufe: _____

Outcome von Mutter und Kind- Geburt

Geburt

10.1 Lagten Schwangerschaftskomplikationen im gesamten Verlauf vor?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehentätigkeit | <input type="checkbox"/> Vorzeitiger Blasensprung | <input type="checkbox"/> Cervixinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Fetale Wachstumsrestriktionen | <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes | <input type="checkbox"/> Hypertensive Schw-Erkr. |
| <input type="checkbox"/> HELLP | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftscholestase | Andere: _____ |

10.2 Bitte die Schwangerschaftswoche bei Geburt angeben (Bsp. 39 + 4 = 40. SSW) _____ SSW

10.3 Ärztlich indizierte Beendigung der Schwangerschaft? Ja Nein Unbekannt

Hauptgrund für Schwangerschaftsbeendigung: _____

10.3.2 Erfolgte eine medikamentöse Geburtseinleitung? Ja Nein Unbekannt

10.4 Geburtsmodus:

- | | | | |
|----------------------------------|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> spontan | <input type="checkbox"/> Sectio (prim. / sek.) | <input type="checkbox"/> Vaginal-Operativ | <input type="checkbox"/> Unbekannt |
|----------------------------------|--|---|------------------------------------|

Gründe der operativen Entbindung: _____

10.5 Zeitpunkt der Abnabelung < 1min >1 min Unbekannt

10.6 Waren Anästhesist:innen in der Betreuung der Geburt involviert? Ja Nein Unbekannt

10.7 Blutungskomplikationen (*Blutverlust \geq 1500 ml*) Ja Nein Unbekannt

Eskalationsstufe im Management bei Blutung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Uterotonika z.B. Oxytocin | <input type="checkbox"/> Gerinnungs-Mittel z.B. Fibrinogen |
| <input type="checkbox"/> Blutprodukte z.B. Erythrozytenkonzentrate | <input type="checkbox"/> Uteruserhaltende Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Hysterektomie | <input type="checkbox"/> Keine |



Outcome Mutter und Kind

Neonatales Outcome (Bei vorliegender Mehrlingsschwangerschaft bitte diese Seite **mehrfach** drucken)

11.2 Wurde das Kind lebend geboren? Ja Nein Unbekannt

11.3 Geburtsgewicht des Kindes: _____ g

11.4 Perzentile des Geburtsgewicht? <10g 10-90 >90 Unbekannt

11.5 Bitte APGAR-Werte angeben (1/5/10 Minuten): _____ / _____ / _____

11.8 Bitte Nabelschnur-pH arteriell angeben _____ pH

11.9 Liegen Fehlbildungen des Kindes vor? Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, war die Fehlbildung des Kindes vor der Geburt bekannt? Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, welche Fehlbildung des Kindes liegt vor? _____

11.10 Wurde das Kind auf die neonatale Intensivstation verlegt? Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, wann und mit welchem Grund wurde das Kind verlegt? _____

Wenn ja, Dauer des Aufenthalts: <2 Tage 2-7 Tage > 7 Tage Unbekannt

Wenn ja, maximale Atemunterstützung des Kindes: Keine O2-Gabe Highflow CPAP Intubation

11.2.1 Wurden Kind und Mutter zusammen untergebracht (Rooming-In)? Ja Nein

11.2.3 Wie und womit wurde das Kind gestillt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Muttermilch durch Brust-Stillen | <input type="checkbox"/> Ausschließlich Formula Nahrung, Mutter abgestillt |
| <input type="checkbox"/> Muttermilch durch Abpumpen | <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung des Kindes |
| <input type="checkbox"/> Muttermilch + Zufüttern Formula Nahrung | <input type="checkbox"/> Unbekannt |

11.11 Ist das Kind nach der Geburt verstorben? Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, an welchem Lebenstag kam es zum Tod des Neugeborenen? _____

Wenn ja, Welche Ursache führte zum Tod des Neugeborenen? _____

11.11.2 Wurde das Kind zusammen mit der Mutter entlassen? Ja Nein Unbekannt

11.12 Liegen Besonderheiten zum neonatalen Verlauf des Kindes vor? _____

Follow-up

Follow-up Mutter und Kind 6 Wochen postpartum

12.1 Wann wurde das Follow-up erfragt? _____ Wochen nach der Geburt.

12.2 Ist die Mutter bei allgemeinem Wohlbefinden? Ja Nein Unbekannt

Besonderheiten der Mutter im Follow-up: _____

12.4 Wird das Kind mit der Milch der Mutter ernährt? Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, Weg der Muttermilchgabe? Breast-feeding (voll) Breast-feeding (teilweise)

Abpumpen Unbekannt

12.5 Ist das Kind bei allgemeinem Wohlbefinden? Ja Nein Unbekannt

12.6 Besonderheiten zum Kind im Follow-up: _____
