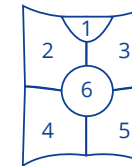


Bauchschmerz-Protokoll: Symptom-Tagebuch

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Protokolldatum _____

Lokalisation



Stärkeeinstellung

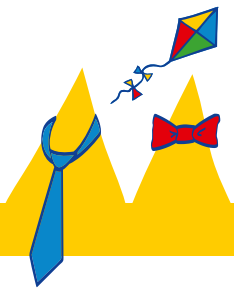
0 = keine

1 = leicht (normale Tätigkeit nicht beeinträchtigt)

2 = mittel (normale Tätigkeit ist beeinträchtigt)

3 = stark (normaler Tagesablauf nicht mehr möglich)

Datum															
Uhrzeit (von - bis)															
Lokalisation (s. Schema)															
Bauchschmerz (Stärke)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Übelkeit (Stärke)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Sodbrennen (Stärke)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Erbrechen (Stärke)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Stuhlgang kein=0, hart=1, geformt=2, weich=3, flüssig=4															
Medikamente															
Besonderheiten															



Anleitung zum Ausfüllen des Bauchschmerzen-Tagebuchs

Viele Kinder/Jugendliche haben gelegentlich Bauchschmerzen. Die meisten von ihnen sind organisch gesund. Wir nennen die Bauchschmerzen dann funktionell. Bei einigen Kindern verbergen sich jedoch hinter den Beschwerden Erkrankungen verschiedener Bauchorgane oder Unverträglichkeiten von bestimmten Nahrungsmitteln. Das Bauchschmerzen-Tagebuch über 2, eventuell 4 Wochen soll bei der Untersuchung helfen.

1. Bitte füllen sie das Protokoll täglich gemeinsam mit Ihrem Kind aus, am besten zur gleichen Tageszeit, z. B. vor dem Schlafengehen. Jugendliche können das Tagebuch natürlich auch alleine führen.
2. Wenn das Kind/der Jugendliche während der letzten 24 h keine Bauchschmerzen hatte, tragen sie bitte eine „0“ ein. Wenn es eine oder mehrere Episoden hatte, tragen sie für jede Episode den Schweregrad ein.

Schweregrad 1 bedeutet, dass die Tätigkeit, die das Kind/der Jugendliche gerade ausführte (z. B. Spielen, Schularbeiten, Essen usw.) nicht beeinträchtigt war und nicht unterbrochen werden musste.

Schweregrad 2 bedeutet, die Tätigkeit war beeinträchtigt und musste z. B. unterbrochen werden, ein normaler Tagesablauf war aber möglich.

Schweregrad 3 bedeutet, dass die Bauchschmerzen so stark waren, dass ein normaler Tagesablauf nicht mehr möglich war (z.B. das Kind/der Jugendliche musste von der Schule abgeholt werden, geplante Aktivitäten mussten abgesagt werden, usw).

3. Bitte tragen sie die Dauer der Bauchschmerzen ein, z.B. von 9:30-10:15 Uhr oder von 23:45-0:45 Uhr. Dauer, Tageszeit und die Abhängigkeit von den Mahlzeiten sind wichtige Kriterien, um die Ursache der Bauchschmerzen heraus zu finden.

Bringen sie bitte das ausgefüllte Tagebuch zum Untersuchungstermin mit!

4. Die Angabe über den Ort (Lokalisation) der Schmerzen, kann mit Hilfe der Zeichnung erfolgen. Sind sie z.B. vor allem um den Nabel lokalisiert, tragen sie die Ziffer „6“ ein. Treten sie im gesamten Oberbauch auf, tragen sie bitte 1,2,3 ein.
5. Bei den Symptomen Übelkeit, Sodbrennen (brennender Schmerz hinter dem Brustbein, z.T. mit saurem Aufstoßen verbunden) und Erbrechen verfahren sie wie bei Bauchschmerzen: Eine „0“ angeben, wenn während der letzten 24 h nichts aufgetreten ist; sonst den Schweregrad angeben.
6. Viele Erkrankungen, die zu Bauchschmerzen führen, gehen mit Stuhlunregelmäßigkeiten einher. Für jeden Stuhlgang eine Ziffer eintragen: z.B. hatte das Kind/der Jugendliche einen weichen und einen normal geformten Stuhl während des Tages abgesetzt, tragen sie „2,3“ ein.
7. Bitte alle Medikamente, die von dem Kind/Jugendlichen genommen werden, eintragen. Evtl. Extrablatt benutzen.
8. Unter Besonderheiten Ereignisse eintragen wie Begleiterkrankungen (z. B. Schnupfen, Halsentzündung, Fieber, Hautausschlag), besondere Stresssituationen und andere besondere Vorkommnisse (Urlaub, in der Schule gefehlt u. a.)
9. Vermuten sie eine Abhängigkeit zu Nahrungsmitteln, sollte auf einem Extrazettel aufgeschrieben werden, **was (am besten mit Angabe der Uhrzeit!)** das Kind/der Jugendliche in den 6-12 Stunden **vor** den Bauchschmerzen **gegessen** und **getrunken** hat.