

Fall-Nr.: 2513554830

Endometriose-Checkliste

Leiterin Endometriosezentrum: EOÄ Dr. Elisabeth Janschek

Erhoben am 27.01.2025 um 10:11

Erhoben von Dr. Elisabeth Janschek

Patienten-ID: 70318

Hausarzt: Dr. Sabine Jesacher-Gregori

Gynäkologe: Dr. Daniela Wolin-Smolle

ambulant

Datum (Erstvorstellung): 27.01.2025

aktuelles Datum:

27.01.2025

| Hauptbeschwerde (bitte nur EINE ankreuzen) | N | J | Grund der Vorstellung (bitte ankreuzen) | N | J | <input type="checkbox"/> Erstvorstellung |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ZUW nach OP |
| Kinderwunsch/ Sterilität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kinderwunsch/ Sterilität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Kontrolle unter (kons.) Therapie |
| Abklärungsbedürftiger Befund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutungsstörung/AUB | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ergebnisbeurteilung |
| Nachsorge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nachsorge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung |
| Blutungsstörung/AUB | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Persistierende Endometriose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kontakt zu Sozialdienst/ Info Reha/ Physikalische Therapie | <input checked="" type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> J | Rezidivfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | Abklärungsbedürftiger Befund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

OP/ HISTO-ANAMNESE

DATUM der letzten OP:

Vorangegangene Bauch-OPs:

☐ Nein ☒ Ja Anzahl: 1

Vorangegangene Endometriose-OPs:

☐ Nein ☒ Ja Anzahl: siehe Unterlagen/Klagenfurt

Histologische Sicherung:

☐ Nein ☒ Ja

| KLINISCHE UNTERSUCHUNG/ Erstvorstellung | unauffällig | auffällig | nicht durchgeführt |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Spekulum | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaginaler Tastbefund | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rektaler Tastbefund | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Bildgebung (CT, MRT o. ING) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KLINISCHE ARBEITSDIAGNOSE: (zutreffendes ankreuzen)

Endometriose: ☐ Nein ☒ Ja

| | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| Peritoneal | <input type="checkbox"/> |
| Zystisch/ovariell | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Adenomyosis | <input type="checkbox"/> |
| Tief-infiltrierende (TIE) | <input type="checkbox"/> |

Wenn TIE

| | | | | | |
|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Niere/Ureter L | <input type="checkbox"/> | Parametrium L | <input type="checkbox"/> | SUB R | <input type="checkbox"/> |
| Niere/Ureter R | <input type="checkbox"/> | Parametrium R | <input type="checkbox"/> | SRV | <input type="checkbox"/> |
| Blase | <input type="checkbox"/> | Darm | <input type="checkbox"/> | Bauchdecke | <input type="checkbox"/> |
| Uterus | <input type="checkbox"/> | SUB L | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

#Enzian (klinisch) (U):

O2/1

rASRM:

P O_L 2 O_R 1 T_L T_R
A B_L B_R C
F_A F_B F_I F_U_L F_U_R F

EMPFOHLENE MASSNAHME: (zutreffendes ankreuzen)

| | |
|---|-------------------------------------|
| Operative Therapie (nur therapeutisch) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Endokrine Therapie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Medikamentöse Schmerztherapie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Multimodale Schmerztherapie (Schmerzzentrum o.ä.) | <input type="checkbox"/> |
| Reproduktionsmedizin | <input type="checkbox"/> |
| Komplementäres Verfahren | <input type="checkbox"/> |
| AHB oder REHA oder KUR | <input type="checkbox"/> |
| keine weitere Therapie erforderlich | <input type="checkbox"/> |

INTRAOPERATIVE DIAGNOSTIK: (unabhängig ob diagnostisch oder therapeutisch, zutreffendes ankreuzen)**DATUM OP-Visite:****ENDOMETRIOSE**☐ Nein ☐ Ja

| | | | | | | N | J |
|---------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Peritoneum | <input type="checkbox"/> | Niere/Ureter L | <input type="checkbox"/> | Darm | <input type="checkbox"/> | 1. Operateur: | |
| Zystisch/ovariell | <input type="checkbox"/> | Niere/Ureter R | <input type="checkbox"/> | SUB L | <input type="checkbox"/> | 2. Operateur: | |
| Adenomyosis | <input type="checkbox"/> | Blase | <input type="checkbox"/> | SUB R | <input type="checkbox"/> | Konversion in Laparotomie? | <input type="checkbox"/> |
| Tief-infiltrierende (TIE) | <input type="checkbox"/> | Uterus | <input type="checkbox"/> | SRV | <input type="checkbox"/> | Makroskopisch Endometriose Rest | <input type="checkbox"/> |
| | | Parametrium L | <input type="checkbox"/> | Bauchdecke | <input type="checkbox"/> | Histologie entnommen? | <input type="checkbox"/> |
| | | Parametrium R | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Histologisch nachgewiesen? | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | Postoperativ Gespräch mit Operateur | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | Postoperative Visite | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | Kontakt zu Sozialdienst? | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | Rektaler Befund (Intra-operativ) | <input type="checkbox"/> |

#Enzian (S):**rASRM:**

P O_L O_R T_L T_R
 A B_L B_R C
 F_A F_B F_I F_{U_L} F_{U_R} F

VERLAUFSKONTROLLE 1**DATUM (Verlaufskontrolle 1):**☐ ambulant☐ stationär

| Grund der Vorstellung (bitte ankreuzen) | N | J |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kinderwunsch/ Sterilität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abklärungsbedürftiger Befund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachsorge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rezidivfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Persistierende Endometriose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutungsstörung/AUB | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| KLINISCHE Untersuchung nach OP/kons. Therapie | unauffällig | auffällig | nicht durchgeführt |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Spekulum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaginaler Tastbefund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rektaler Tastbefund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Bildgebung (CT, MRT o. ING) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KLINISCHE ARBEITSDIAGNOSE: (zutreffendes ankreuzen)**Endometriose:** ☐ Nein ☐ Ja

Wenn TIE

| | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Peritoneal | <input type="checkbox"/> | Niere/Ureter L | <input type="checkbox"/> | Parametrium L | <input type="checkbox"/> | SUB R | <input type="checkbox"/> |
| Zystisch/ovariell | <input type="checkbox"/> | Niere/Ureter R | <input type="checkbox"/> | Parametrium R | <input type="checkbox"/> | SRV | <input type="checkbox"/> |
| Adenomyosis | <input type="checkbox"/> | Blase | <input type="checkbox"/> | Darm | <input type="checkbox"/> | Bauchdecke | <input type="checkbox"/> |
| Tief-infiltrierende (TIE) | <input type="checkbox"/> | Uterus | <input type="checkbox"/> | SUB L | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

#Enzian (1.

rASRM:

Verlaufskontrolle):

P O_L O_R T_L T_R
 A B_L B_R C
 F_A F_B F_I FU_L FU_R F

EMPFOLENE MASSNAHME: (zutreffendes ankreuzen)

| | |
|---|--------------------------|
| Operative Therapie (nur therapeutisch) | <input type="checkbox"/> |
| Endokrine Therapie | <input type="checkbox"/> |
| Medikamentöse Schmerztherapie | <input type="checkbox"/> |
| Multimodale Schmerztherapie (Schmerzzentrum o.ä.) | <input type="checkbox"/> |
| Reproduktionsmedizin | <input type="checkbox"/> |
| Komplementäres Verfahren | <input type="checkbox"/> |
| AHB oder REHA oder KUR | <input type="checkbox"/> |

VERLAUFSKONTROLLE 2

DATUM (Verlaufskontrolle 2):

☐ ambulant☐ stationär

| Grund der Vorstellung (bitte ankreuzen) | N | J | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ZUW nach OP |
| Kinderwunsch/ Sterilität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Kontrolle unter (kons.) Therapie |
| Abklärungsbedürftiger Befund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ergebnisbeurteilung |
| Nachsorge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung |
| Rezidivfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Persistierende Endometriose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Blutungsstörung/AUB | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| KLINISCHE Untersuchung nach OP/kons. Therapie | unauffällig | auffällig | nicht durchgeführt |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Spekulum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaginaler Tastbefund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rektaler Tastbefund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Bildgebung (CT, MRT o. ING) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KLINISCHE ARBEITSDIAGNOSE: (zutreffendes ankreuzen)

Endometriose: ☐ Nein ☐ Ja

Wenn TIE

| | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Peritoneal | <input type="checkbox"/> | Niere/Ureter L | <input type="checkbox"/> | Parametrium L | <input type="checkbox"/> | SUB R | <input type="checkbox"/> |
| Zystisch/ovariell | <input type="checkbox"/> | Niere/Ureter R | <input type="checkbox"/> | Parametrium R | <input type="checkbox"/> | SRV | <input type="checkbox"/> |
| Adenomyosis | <input type="checkbox"/> | Blase | <input type="checkbox"/> | Darm | <input type="checkbox"/> | Bauchdecke | <input type="checkbox"/> |
| Tief-infiltrierende (TIE) | <input type="checkbox"/> | Uterus | <input type="checkbox"/> | SUB L | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

#Enzian (2.

rASRM:

Verlaufskontrolle):

P O_L O_R T_L T_R
 A B_L B_R C
 F_A F_B F_I FU_L FU_R F

EMPFOLENE MASSNAHME: (zutreffendes ankreuzen)

| | |
|---|--------------------------|
| Operative Therapie (nur therapeutisch) | <input type="checkbox"/> |
| Endokrine Therapie | <input type="checkbox"/> |
| Medikamentöse Schmerztherapie | <input type="checkbox"/> |
| Multimodale Schmerztherapie (Schmerzzentrum o.ä.) | <input type="checkbox"/> |
| Reproduktionsmedizin | <input type="checkbox"/> |
| Komplementäres Verfahren | <input type="checkbox"/> |
| AHB oder REHA oder KUR | <input type="checkbox"/> |

ERGEBNISBEURTEILUNG(nach 12 Monaten ODER bei Wechsel der Hauptbeschwerde)**DATUM Abschlussvisite:**

| | N | J | | N | J |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hauptbeschwerde i.d. letzten 12 Monaten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kontakt zu einem Schmerzzentrum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| geändert Verbesserung der Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kontakt zu einem Kinderwunschzentrum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientin schwanger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alternativmedizinische Maßnahmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Therapieempfehlung befolgt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | AHB, Reha, Kur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spätkomplikation(nach OP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zufriedenheit mit der Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nebenwirkungen(unter med. Therapie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

- ☐ ambulant
☐ stationär
☐ telefonisch

KOMMENTAR:**Notizen:**

Dr. Elisabeth Janschek

1. Oberärztin