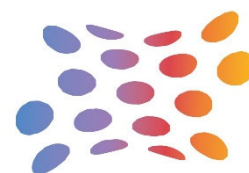




Maligne Hyperthermie Anamnesebogen

**Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin,
Notfallmedizin und Schmerztherapie**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Patrick Meybohm, MHBA



Zentrum für Maligne Hyperthermie

Leitung: PD Dr. med. Stephan Johannsen

Oberdürrbacher Str. 6

97080 Würzburg

Tel.: 0931/201-30735

Fax.: 0931/201-30039

E-Mail: an_mh@ukw.de



ZESE

Zentrum für
Seltene Erkrankungen
Nordbayern



Anamnesebogen Zentrum für Maligne Hyperthermie

Persönliche Daten

Name	_____	Vorname	_____
Geschlecht	_____	Geburtsdatum	_____
Straße	_____	PLZ	_____
Wohnort	_____	Telefon	_____
Email	_____	Krankenkasse	_____
Gewicht	_____	Größe	_____

Anamnese

Haben Sie Vorerkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (**Ggf. bitte Medikamentenplan beilegen**)

Besteht eine familiäre Veranlagung zur Malignen Hyperthermie? Ja Nein

Wurden bereits Untersuchungen zur Abklärung einer Maligne-Hyperthermie-Veranlagung durchgeführt?

- Genetische Diagnostik (Blutuntersuchung)? Ja Nein
- In-vitro-Kontrakturtest (Muskelbiopsie)? Ja Nein

Wenn ja, wann und in welchem Zentrum? _____

Wie war das Ergebnis? _____

Hatten Sie schon einmal eine Allgemeinanästhesie/Vollnarkose? Ja Nein

Kam es bei Ihnen zu Komplikationen während einer Narkose? Ja Nein

Wenn ja, welche Komplikationen bzw. Beschwerden traten auf?

Wann und wo (in welchem Krankenhaus) kam es zu diesen Komplikationen? _____

Bei welchem Eingriff? _____

War eine Behandlung auf der Intensivstation erforderlich? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum von _____ bis _____

Folgende Unterlagen werden benötigt (Ggf. bitte besorgen und beilegen):

Anästhesieprotokoll vom Zwischenfall vorhanden? Ja Nein

Operationsbericht vom Zwischenfall vorhanden? Ja Nein

Dokumentation der intensivmedizinischen Behandlung vorhanden? Ja Nein

Arztbrief/Entlassbrief vorhanden? Ja Nein

Laborergebnisse vom Zwischenfall (z.B. Blutgasanalyse, CK) vorhanden? Ja Nein

Attest/Bescheinigung über Verdacht auf MH vorhanden? Ja Nein

Familienanamnese

Gab es Narkosezwischenfälle bei Ihren Blutsverwandten? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? (Verwandtschaftsgrad, ggf. Name, Geburtsdatum) _____

Wurde bei diesem Blutsverwandten bereits eine MH-Diagnostik durchgeführt? Ja Nein

• Genetische Diagnostik (Blutuntersuchung)? Ja Nein

• In-vitro-Kontrakturtest (Muskelbiopsie)? Ja Nein

Wenn ja, wann und in welchem Zentrum? _____

Wie war das Ergebnis? **(Ggf. bitte Kopie des Befundes beilegen)**

Falls noch keine MH-Diagnostik bei Ihrem Verwandten erfolgt ist, werden folgende Unterlagen benötigt **(Ggf. bitte besorgen und beilegen):**

Anästhesieprotokoll vom Zwischenfall	vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Operationsbericht vom Zwischenfall	vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Dokumentation der Intensivmedizinischen Behandlung	vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Arztbrief/Entlassbrief	vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Laborergebnisse vom Zwischenfall (z.B. Blutgasanalyse, CK)	vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Attest/Bescheinigung über Verdacht auf MH	vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Anamnese Muskelerkrankungen

Haben Sie dauerhaft erhöhte CK-Werte? (Ggf. bitte Befunde beilegen)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Muskelkrämpfen oder muskeltaterartigen Beschwerden?				
a) im Ruhezustand	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
b) nach körperlicher Aktivität	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen eine Muskelerkrankung festgestellt?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Falls ja, welche? _____

Sind oder waren Sie bereits in neurologischer Behandlung?

Falls ja, weshalb? _____

Haben Sie bereits eine „Muskelsprechstunde“ konsultiert? **(Ggf. bitte Befunde beilegen)**

Ja Nein

Gibt es Muskelerkrankungen bei Ihren Blutsverwandten?

Ja Nein

Wenn ja, bei wem? Welche Erkrankung? _____

Wurde eine humangenetische Untersuchung zur Abklärung neuromuskulärer Erkrankungen durchgeführt? **(Ggf. bitte Befunde beilegen)**

Ja Nein



Platz für Sonstiges/Bemerkungen

Sollten Ihnen Dokumente bzw. Befunde nicht vorliegen, kontaktieren Sie bitte die behandelnden Ärzte oder Kliniken. Medizinische Unterlagen müssen dort für einen vorgegebenen Zeitraum archiviert werden.

Sie helfen uns sehr, Ihnen eine gezielte Diagnostik und Beratung anzubieten, wenn Sie uns Ihre Befunde mit diesem Fragebogen vollständig per Post oder per Email zusenden.

Sollten Ihnen Befunde bzw. Unterlagen fehlen, **setzen Sie sich bitte rechtzeitig vor Ihrem Termin** in unserer Sprechstunde mit uns in Verbindung, damit wir das weitere Vorgehen besprechen können.

Ort, Datum