

Klinisches Assessment

Beobachtungscheckliste Pädiatrie

	korrekt	unvollständig	falsch / fehlend
Vorbereitung			
Material vollständig und funktionstüchtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung Patientin / Patient: sitzend, stehend oder halbliegend; möglichst geborgen bei Eltern / Bezugsperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Position der / des Untersuchenden: vor der Patientin / des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeiner Eindruck («erster Blick»)			
Vigilanz, Orientierung, Körperhaltung, Gesicht / Mimik / Gestik, Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpermasse, Vitalzeichen			
Grösse, Gewicht, Kopfumfang, Perzentile, Blutdruck, Puls, Temperatur, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeinzustand («zweiter Blick»)			
Körperhaltung, Muskeltonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mimik, Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemanstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrierung / Hautturgor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkolorit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inspektion: Kopf			
Kopfform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inspektion: Mund			
Zunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhaut: harter und weicher Gaumen, Mundboden, Wangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonsillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausatemluft, Geruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inspektion: Thorax und Wirbelsäule			
Thoraxform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäulenform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sternum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inspektion: Atmung

Atemfrequenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemexkursion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemtiefe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemtyp / -muster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inspektion: Abdomen

Grösse / Umfang / Form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Palpation: Thorax

Atemexkursion beider Thoraxhälften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Palpation: Kardiovaskulärer Status

Rekapillarierungszeit (Finger oder Zehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulse (A. brachialis, A. radialis, A. femoralis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palpation: Abdomen

Oberflächliche & tiefe Palpation über allen vier Quadranten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Auskultation: Lunge / Thorax

Auskultation aller Lungenfelder in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Auskultation: kardiovaskulärer Status

Beurteilung von Frequenz, Rhythmus und Regelmässigkeit der Herztöne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Auskultation: Abdomen

Geräusche über den vier abdominellen Quadranten, Auskultationsdauer: > 1 Min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------