

TURNER-SYNDROM (ERWACHSENE)

Patientin:
 Name/Vorname: _____
 Adresse: _____
 Geburtsdatum: _____
 Tel.: _____
 E-Mail: _____
 Hausarzt: _____

Vertrauensarzt:
 Behandlung ab (Alter): _____

KARYOTYP: _____ **FISH-Analyse:** Ja Nein Pränatal Postnatal, **Alter:** _____

ÄRZTE

Endokrinologe: _____
 Gynäkologe: _____
 Arzt für Reproduktionsmedizin: _____
 Kardiologe: _____
 HNO-Arzt: _____
 Psychologe/Psychiater: _____
 Sonstige: _____

DIAGNOSEN

Kardiologische Diagnose: _____
 Renale Diagnose: _____
 Diagnose bzgl. der Eierstöcke: _____
 HNO-Diagnose: _____
 Sonstige: _____

KONTROLLE/BEHANDLUNG

Östrogensubstitution: Oral Transdermal _____
 Lymphdrainage: Ja Nein
 Kontrolle: _____
 HNO: Hörgerät: Ja Nein

EMPFEHLUNGEN FÜR SCREENING UND PRÄVENTION	
Screening: Gewicht, BMI, Blutdruck, Ernährung, körperliche Aktivität 1x/Jahr	bei jeder Untersuchung Schilddrüsenfunktion, Glukose, HBA _{1c} , Cholesterin total, HDL, LDL, TG, Leberfunktion
1x/3 Jahre	Audiogramm
1x/5 Jahre	Antikörpertest, Zöliakie, Thyreoiditis, Knochendichtemessung, EKG
Kardiale MRT	vor möglicher Schwangerschaft

Mit freundlicher Unterstützung von:



Novo Nordisk Pharma AG
 Untere Heslibachstr. 46
 8700 Küssnacht

Tel. 044 914 11 11
 Fax 044 914 11 00
 www.novonordisk.ch



www.start-turner.ch



www.turner-syndrom.ch

GESUNDHEITSCHECKLISTE FÜR DIE BETREUUNG VON MÄDCHEN UND FRAUEN MIT TURNER-SYNDROM

Turner-Syndrom Patientinnen brauchen eine umfassende, multi-disziplinäre Betreuung. Grundsätzlich wird für Kinder mit Turner-Syndrom empfohlen, die Behandlung von einem pädiatrischen Endokrinologen, der sich im Gebiet der Wachstumsstörungen auskennt, durchzuführen. Der Endokrinologe wird die Patientin regelmässig untersuchen, um das Wachstum, die Entwicklung in der Pubertät sowie den späteren Übergang zu einer Einrichtung für Erwachsene zu überwachen.

Er sollte zudem weitere Aspekte der Behandlung überwachen und koordinieren. Die folgende Kontrollliste hat nicht zum Zweck, strittige Details der Therapie endgültig zu regeln und eine entsprechende Behandlung vorzuschreiben. Es handelt sich vielmehr um Empfehlungen, die anschliessend überprüft oder angepasst werden können.

Diese Kontrollliste gewährleistet jedoch die Kontinuität der Behandlung über alle klinischen Abteilungen hinweg, die bei der Behandlung des Turner-Syndroms involviert sind.

Weitere Exemplare der Kontrollliste sind erhältlich unter:
www.start-turner.ch oder www.turner-syndrom.ch



TURNER-SYNDROM (KIND)

Patientin:

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Kinderarzt: _____

Pädiatrischer Endokrinologe:

Behandlung ab (Alter): _____

Informationen über die Selbsthilfegruppe Turner-Syndrom Schweiz erhalten: Datum (Alter): _____

UNTERSUCHUNG, KONTROLLE UND BEHANDLUNG

KARYOTYP: _____ FISH-Analyse: Ja Nein Pränatal Postnatal, Alter: _____

GENETISCHE BERATUNG

Arzt: _____ Datum (Alter): _____

KARDIOLOGISCHER BEFUND

Arzt: _____ Datum (Alter): _____

Kardiologische Diagnose: _____

Kontrolle: Ja Nein

Beurteilung beim Übergang zum Erwachsenenalter

MRT: Ja Nein

Arzt: _____ Datum (Alter): _____

Kardiologische Diagnose: _____

RENALER BEFUND

Sonographie der Nieren: Datum (Alter): _____ Kontrolle: Ja Nein

Diagnose: _____

BEURTEILUNG DER PUBERTÄT/FERTILITÄT

Sonographie des Beckens: Datum (Alter): _____ MRT: Ja Nein

Diagnose bzgl. der Eierstöcke: _____

Kontrolle: Ja Nein

Beurteilung beim Übergang zum Erwachsenenalter

Radiologe: Datum (Alter): _____

Diagnose bzgl. der Eierstöcke: _____

PUBERTÄT

Spontaner Pubertätsbeginn: Ja Nein

Beginn: Datum (Alter): _____ Menstruation: Datum (Alter): _____ Substitution (Alter): _____

Medikament: _____

Einleitung der Pubertät: Ja Datum (Alter) _____ Nein

Medikament: _____

Substitution während des Übergangs zum Erwachsenenalter: Datum (Alter): _____

Medikament: _____

WACHSTUM

Behandlung mit Wachstumshormonen

Beginn: Datum (Alter): _____ Ende: Datum (Alter): _____

HALS-NASEN-OHRENARZT/HNO-BEFUND

Arzt: _____ Datum (Alter): _____

HNO-Diagnose: _____

Kontrolle: Ja Nein

Beurteilung beim Übergang zum ERWACHSENENALTER

Arzt: _____ Datum (Alter): _____

HNO-Diagnose: _____

AUGENÄRZTLICHER BEFUND

Arzt: _____ Datum (Alter): _____

Diagnose: _____

Kontrolle: Ja Nein

KIEFERORTHOPÄDISCHER BEFUND (7 JAHRE)

Arzt: _____ Datum (Alter): _____

Diagnose: _____

Kontrolle: Ja Nein

BEURTEILUNG DER ENTWICKLUNG

Normaler Schulbesuch: Ja Nein, Unterstützung: _____

Spezieller Befund: Datum (Alter): _____

Diagnose: _____

LYMPHÖDEME

Lymphdrainagen: Ja Nein

Kontrolle: _____

WEITERE DIAGNOSEN: _____

EMPFEHLUNGEN FÜR SCREENING UND PRÄVENTION

Gewicht, Grösse, BMI, Blutdruck	Bei jeder Untersuchung (2x/Jahr)
Schilddrüsenfunktion, Antikörper	1x/Jahr ab dem Alter von 4 Jahren
Zöliakie	1x/2–5 Jahre ab dem Alter von 4 Jahren
Glukose/HBA _{1c}	1x/Jahr ab dem Alter von 10 Jahren
Cholesterin total, HDL, LDL, TG	1x/Jahr ab dem Alter von 10 Jahren
Leberfunktion	1x/Jahr ab dem Alter von 6 Jahren
Audiogramm, HNO-Befund	1x/3 Jahre
Knochendichtemessung	1x vor der Einleitung und am Ende der Pubertät, dann 1x/5 Jahre