

Visitenschema und Liste von Patient Reported Outcome Measures (PROM)

Visitenschema:

Wann?

- Einschätzung der Dringlichkeit des Behandlungsbeginns bei V.a. Long COVID (**Bogen 2**)
- Initialvorstellung zur Diagnose/Ausschluss: Long COVID
- Bei Beschwerden mindestens alle **drei** Monate bis zur Beschwerdefreiheit

Wie?

- Spezielle Anamnese bei V.a. Long COVID (**Bogen 3**)
- Allgemeine Anamnese bei V.a. Long COVID (**Bogen 4**)
- Körperlicher Status und PROMs (**Bogen 5**)
- Differenzialdiagnostik und Therapie (**Bogen 6**)

Evaluation patientenberichteter Ergebnisse (PROMs) (cave: Lizenzen)

Bei allen Patient:innen Screening zur Lebensqualität:

- z. B. **EQ-5D Y proxy** für Eltern von Kindern ≤ 7 Jahren
- z. B. **EQ-5D Y** für Kinder 7-11 Jahre
- z. B. **EQ-5D-5L** Kinder ≥ 12 Jahre

Bei H. a. Fatigue:

- z. B. **PedsQL -MFS** (Multidimensional Fatigue Scale)
- z. B. **FSS** - Fatigue Severity Scale
- z. B. **PROMIS Pediatric – Fatigue**

Bei Fatigue und/oder Belastungsintoleranz:

- **DSQ-PEM** (Screening auf post-exertionelle Malaise, PEM)

Bei Fatigue und PEM bzw. V.a. Myalgische Ecephalomyelitis/ Chronisches Fatigue Syndrom (ME/CFS):

- **MBSQ** (Munich Berlin Symptom Questionnaire mit Diagnosealgorithmus)

Bei H. a. Angst und/oder Depression:

- z. B. **ChID-S**
- z. B. **PHQ-4 / PHQ9**
- z. B. **GAD2 / GAD7**

Bei Schlafstörungen:

- z. B. **CSHQ**

Bei Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen:

- z. B. **SOMKJ**-Tests
- z. B. Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (**TAP**)
- Basisdiagnostik Neuropädiatrie

Ergänzende Diagnostik: Siehe: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-021-01408-1>

- **Basis-Labordiagnostik bei V.a. Long COVID**
- **Erweiterte Diagnostik anhand der klinisch vorliegenden Symptome;**
bei führenden psychischen Symptomen ist eine kinderpsychotherapeutisch/-
psychosomatische/-psychiatrische Mitbeurteilung notwendig.

Einschätzung der Dringlichkeit des Behandlungsbeginns

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____
Untersucher: _____ Untersuchungsdatum: __/__/____

1) Was sind die 3 führenden klinischen Beschwerden? Welche Beschwerden liegen insgesamt vor?

1. _____, 2. _____, 3. _____,

Weitere Beschwerden: _____

2) Wie lange bestehen die Beschwerden schon?

seit der SARS-CoV-2-Infektion am: __. __. ____ seit __ Tagen/Wochen/Monaten

3) Besteht eine Symptomverschlechterung nach milden Alltagsbelastungen, die noch am Folgetag anhält? nein ja unbekannt

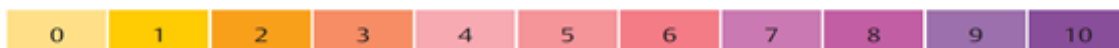
4) Wie viele Fehltage in einer Betreuungseinrichtung (Kindertagesstätte/Kindergarten/Schule o.a.) sind in den letzten 4 Wochen durch die oben beschriebenen Beschwerden entstanden.

keine __ Tage es wird keine Einrichtung besucht

5) Wie viele Fehltage am Arbeitsplatz sind den Eltern in den letzten 4 Wochen durch die oben beschriebenen Beschwerden ihres Kindes entstanden.

keine Vater: __ Tage Mutter: __ Tage alleinerziehend unbekannt

6) Wie stark beeinträchtigen die aktuellen Symptome die Alltagsfunktionen?



gar nicht

mittelgradig

sehr stark

7) Gab es im Rahmen von COVID-19 bisher Krankenhausaufenthalte:

nein ja, wenn ja wie viele: __ Aufenthalte, davon auf der Intensivstation: __

Erfolgte der Krankenhausaufenthalt wegen akuter COVID-19: ja nein

Erfolgte der Krankenhausaufenthalt wegen Diagnose eines PIMS: ja nein

8) Sind Vorerkrankungen bekannt?

nein ja, welche: _____

Allgemeine Anamnese bei Verdacht auf Long COVID

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _ / _ / ____
Untersucher: _____ Untersuchungsdatum : _ / _ / ____

Vorerkrankungen - Diagnosen (Monat/Jahr der Erstdiagnose):

Allergien gegen Nahrungsmittel Inhalationsallergene (Pollen/Tierhaare)

Zusätzliche Auffälligkeiten in der Vorgeschichte: _____

Dauermedikation (Medikament, Einzeldosis, Verteilung pro Tag):

Herkunftsland der leiblichen Eltern (Mutter / Vater)?

Mutter: Nationalität: _____ Ethnische Zugehörigkeit: _____

Vater: Nationalität: _____ Ethnische Zugehörigkeit: _____

Impfstatus:

- komplett nach STIKO
 inkomplett, nur: _____

Erkrankung der leiblichen Großeltern, Eltern und Geschwister:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primäre Immundefizienz/-dysregulation | <input type="checkbox"/> Sekundäre Immundefizienz |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Stationär wegen schwerer Infektionen |
| <input type="checkbox"/> ADEM/Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Hashimoto-Thyreoiditis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 | <input type="checkbox"/> sonstige Autoimmunerkrankung: _____ |

Wohnsituation

Personen im Haushalt: _____ (Anzahl), _____ (Personen)

Geschwister:

Anzahl: _____, davon Halbgeschwister (väterlicherseits): _____, (mütterlicherseits): _____

Tagesbetreuung / Ausbildung:

- Kita Kindergarten, Anmerkungen: _____
 Schule: Schulart: _____ Jahrgangsstufe: _____ Notenschnitt: _____
Lieblingsfach: _____ Anmerkungen: _____

Sorgeberechtigte:A) leibliche Mutter andere: _____

aktuelle berufliche Tätigkeit: _____ höchster Schulabschluss: _____

B) leiblicher Vater andere: _____

aktuelle berufliche Tätigkeit: _____ höchster Schulabschluss: _____

Sport:Sportart: _____, Häufigkeit: ___ Std. pro Woche Verein LeistungssportSportart: _____, Häufigkeit: ___ Std. pro Woche Verein LeistungssportSportart: _____, Häufigkeit: ___ Std. pro Woche Verein Leistungssport:Andere Hobbys/Freizeitaktivitäten:

Spezielle Anamnese bei Verdacht auf Long COVID (Fragebogen für Sorgeberechtigte)

Wir würden uns freuen, wenn Sie sich mit Ihrem Kind kurz Zeit nehmen, einige Fragen zu dessen Gesundheit zu beantworten. Bitte geben Sie alle Antworten möglichst genau und vollständig an. Falls notwendig, können Sie dabei mehrere Antwortfelder ankreuzen und/oder zusätzlich einen ergänzenden Text schreiben.

Name des Kindes: _____ Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: __/__/____

Bitte geben Sie das heutige Datum mit Monat/Jahr an: __/____

Hatte Ihr Kind bisher eine Coronavirus-Infektion?

- Nein Vermutlich ja, aber es wurde nicht nachgewiesen
 Ja – Falls ja:

- Wie wurde die Infektion nachgewiesen? Schnelltest PCR unbekannt
- Bei wem hat sich Ihr Kind angesteckt? bekannt: _____ unbekannt
- Wann erfolgte die Coronavirus-Infektion? in den letzten 2 Wochen vor 2 bis 4 Wochen
 vor > 1 Monat am __/____ (Monat/Jahr)
- Mit welcher Virusvariante? unbekannt alpha delta omicron andere: _____
- Wie wurde Ihr Kind bei der Coronavirus-Infektion therapiert? gar nicht nur zu Hause
 durch Kinderarzt durch Hausarzt im Krankenhaus auf der Intensivstation
- Wie schwer krank war Ihr Kind im Rahmen der Coronavirus-Infektion? (Bitte einkreisen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Symptome										schwer krank

mittelschwere Symptome

- Hatte Ihr Kind ein Pädiatrisches, multisystemisches, inflammatorisches Syndrom (PIMS)?
 Nein Ja, am __/____ (Monat/Jahr) unbekannt

Ist Ihr Kind bisher gegen das Coronavirus geimpft?

- Nein Ja, 1 Mal am __/____ (Monat/Jahr) Ja, 2 Mal, zuletzt am: __/____ (Monat/Jahr)
 Ja, Boosterimpfung am __/____ (Monat/Jahr), __/____

Wie stark ist Ihr Kind durch die Symptome aktuell beeinträchtigt?

(Bitte einkreisen 0 = gar nicht, 10 = maximal)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Was sind die 3 führenden klinischen Beschwerden?

1. _____, 2. _____, 3. _____

Gab es aufgrund der o. g. Symptome bisher Fehlzeiten in Kita-/Schule/Ausbildung?

Nein ja unklar Falls ja, wie viele Tage pro Jahr: __/2022 __/2021 __/2020 __/2019

Verschlechtern sich die Symptome nach milden Alltagsbelastungen so, dass diese Verschlechterung noch am Folgetag anhält? nein ja unbekannt

Bitte geben Sie in der nachfolgenden Tabelle **alle aktuellen Beschwerden** Ihres Kindes an.
Bitte geben Sie zusätzlich **alle Beschwerden** Ihres Kindes an, die während und/oder nach der akuten SARS-CoV-2-Infektion **außerhalb von anderen akuten Erkältungsinfekten** aufgetreten sind.
Falls diese Beschwerden nicht in der Tabelle gelistet sind, ergänzen Sie diese Beschwerden bitte im Freitext unter der Tabelle.

Vorhandensein der Beschwerden:	Nie	Aktuell	Jemals	
			Während	Nach
			der Corona-Infektion	
Herz-Kreislauf-System				
Herzklopfen/-rasen				
Brustschmerzen/Brustenge				
Kreislaufprobleme in Ruhe				
Kreislaufprobleme bei Belastung				
Kreislaufprobleme beim Aufrichten/Sitzen/Stehen				
Kollaps/Ohnmacht				
Atemwege und Lunge				
Atembeschwerden in Ruhe				
Atembeschwerden bei Belastung				
Schmerzen beim Atmen				
Husten				
Hals-Nasen-Ohren-System				
Schnupfen				
Halsschmerzen				
Ohrenschmerzen				
Riechstörungen				
Schmeckstörungen				
Schwindel				
Allgemeinsymptome				
Fieber > 38,5°C				
Schüttelfrost				
Reduzierte körperliche Belastbarkeit				
Reduzierte kognitive Belastbarkeit				
Reduzierte seelische Belastbarkeit				
Allgemeine Erschöpfung/ Schlappheit/ Fatigue				
Appetitlosigkeit				
Gewichtsänderung		+ / - _____ kg	+ / - _____ kg	+ / - _____ kg
Sofern betreffend: Menstruationsbeschwerden				

**Einheitliche pädiatrische Basisversorgung
von Kindern und Jugendlichen mit Long COVID – Bogen 4**

Magen-Darm-Trakt				
Bauchschmerzen				
Übelkeit				
Erbrechen				
Durchfall				
Bewegungsapparat				
Muskelschmerzen				
Muskelschwäche				
Gelenkschmerzen				
Gelenkschwellung				
Haut				
Hautausschlag				
blaue/ gerötete Finger/ Zehen				
Gedächtnis und Psyche				
Konzentrationsstörungen				
Gedächtnisstörung				
Nervosität				
Schlafstörungen				
Starke Stimmungsschwankungen				
Verändertes Verhalten				
Aggression				
Hyperaktivität				
Angst				
Traurigkeit/Depression				
Neurologie				
Kribbeln z.B. in Arm/Bein				
Brennende Schmerzen				
Lokales Taubheitsgefühl				
Lähmungserscheinungen				
Kopfschmerzen				
Andere Schmerzen				
Wo? _____				

Falls Ihr Kind neben den genannten Beispielen weitere Beschwerden hat, ergänzen Sie diese bitte:

Körperliche Untersuchung & Patient Reported Outcome Measures (PROMS)

Die körperliche Untersuchung sollte bei jeder Vorstellung erfolgen.
Die initiale und Verlaufsdagnostik kann durch PROMs ergänzt werden.

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: __/__/____ Datum: der Untersuchung: __/__/____
Untersucher: _____

Körperliche Untersuchung:

Größe (cm): _____ (Pz.) Gewicht (kg): _____ (Pz.) BMI (kg/m²): _____ (Pz.)
Kopfumfang (cm): _____ Körpertemperatur (°C): _____,
Atemfrequenz(/min): _____ O₂-Sättigung in Raumluft (%): _____
Herzfrequenz (/min): _____ Blutdruck (mmHg): ____/____ (MAD) _____,

Allgemeinzustand: unauffällig auffällig: _____
Haut: unauffällig auffällig: _____
HNO: unauffällig auffällig: _____
Lymphknoten: unauffällig auffällig: _____
Herz: unauffällig auffällig: _____
Lunge: unauffällig auffällig: _____
Abdomen: unauffällig auffällig: _____
Gelenke: unauffällig auffällig: _____
Neurostatus: unauffällig auffällig: _____

Anmerkungen: _____

Evaluation patientenberichteter Ergebnisse (patient reported outcome measures; PROM)

Fragebogen: _____ Ergebnis: _____
Fragebogen: _____ Ergebnis: _____
Fragebogen: _____ Ergebnis: _____
Fragebogen: _____ Ergebnis: _____
Fragebogen: _____ Ergebnis: _____
Fragebogen: _____ Ergebnis: _____
Fragebogen: _____ Ergebnis: _____
Fragebogen: _____ Ergebnis: _____
Fragebogen: _____ Ergebnis: _____
Fragebogen: _____ Ergebnis: _____
Fragebogen: _____ Ergebnis: _____
Fragebogen: _____ Ergebnis: _____
Fragebogen: _____ Ergebnis: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: __/__/____ Datum: der Untersuchung: __/__/____

Untersucher: _____

Ist Diagnostik zu den Long COVID-Symptomen erfolgt?

Nein Ja:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Labor _____ | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzultraschall | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> 10-Minuten-Stehetest | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Röntgen-Thorax< | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> CT-Thorax | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lungenfunktionsuntersuchung | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> EEG | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> cMRT | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurokonsil | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychologische Diagnostik | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrisches Konsil | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |

Sind therapeutische Massnahmen für die Long COVID-Symptome erfolgt ?

Nein Ja:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlafhygiene | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Entspannungsübungen | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Pacing | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Trinkmenge | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> <u>Medikamente</u> | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> <u>Hilfsmittel</u> | |
| <input type="checkbox"/> Lärmschutz | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Lichtschutz | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe..... | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |