

Anhang

Tab. 34: Schilddrüsenvolumina bei Neugeborenen in Deutschland seit 1988

Ort	Jahr	SD-Volumen (Median)	Anzahl Neugeborene
Erlabrunn	1988	2,2 ml	50
Chemnitz	1990/91	1,9 ml	927
Berlin Ost	1991	1,6 ml	24
Berlin Ost	1992	1,8 ml	51
Berlin West	1993	1,5 ml	71
Berlin-Lichtenberg	1995	1,18 ml	25
Berlin	1995	0,7 ml mit Jodtabletten 300µg/d 1,5 ml ohne Jodtabletten	108
Berlin-Lichtenberg	1998	1,02 ml	15
Berlin-Lichtenberg	1999	1,16 ml	27
Berlin-Lichtenberg	2004	0,9 ml	25

Tab. 35: Urinjodkonzentrationsbestimmungen der Neugeborenen im Verlauf

Jahr	Ort	Anzahl	Mediane Jodausscheidung im Urin (µg/l)	Autor
1982	Jena	54	10,6 ± 6,6	Hesse et al. 1988
1982	Berlin-West		27,5 (12-166)	Heidemann et al. 1984
1987	Jena	44	38,9 ± 31,9	Hesse et al. 1989
1982	Leipzig		22,3 ± 1,6	Willgerodt et al. 1991
1987-89	Leipzig		34,0 ± 0,96	Willgerodt et al. 1991
1988	Erlabrunn	10	33,1 ± 10,1	Einenkel, Stache 1992
1990	Erlabrunn	50	22,8 ± 13,9	----
1992	Berlin-West	115	30,0 (6-105)	Hesse, Grüters et al.
	Berlin-Ost	101	30,3 (9-80)	Hesse, Grüters et al.
1991/92	Berlin Gesamt	389	30,0	Hesse et al.
1991	Berlin-Lichtenberg	118	35,8	Hesse et al.
1992	Berlin-Ost	200	41,0	Grüters et al.
1992	Berlin-West	200	21,4	Grüters et al.
1993	Berlin-Ost	232	44,0	Moers, Großklaus et al.
1993	Berlin-West	228	38,0	Moers, Großklaus et al.
1995	Berlin-Lichtenberg	45	64	
1997	Berlin-Lichtenberg	54	95,1	
1998	Berlin	401	78,4 –71,1	
1999	Berlin-Lichtenberg	47	101,5	
2001	Berlin	492	102,5	
2004	Berlin-Lichtenberg	96	130,8	
2004	Berlin	446	123,6	

Fragebogen zur Situation der Jodversorgung von Neugeborenen und deren Müttern

Krankengeschichte (Familienanamnese)	JA	NEIN
1) Schilddrüsenerkrankungen in der Familie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Schilddrüsenerkrankung der Mutter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA , welche?		
2.a) Kropf <i>mit</i> Knoten	<input type="checkbox"/>	
2.b) Kropf <i>ohne</i> Knoten	<input type="checkbox"/>	
2.c) Entzündung (Thyreoiditis)	<input type="checkbox"/>	
2.d) Überfunktion (Hyperthyreose)	<input type="checkbox"/>	
2.e) Unterfunktion (Hypothyreose)	<input type="checkbox"/>	
2.f) andere	<input type="checkbox"/>	
SCHWANGERSCHAFT		
	JA	NEIN
3) Haben Sie die empfohlenen Jodtabletten eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA , in welcher Dosierung?		
3.a) 100 µg Jod täglich	<input type="checkbox"/>	
3.b) 200 µg Jod täglich	<input type="checkbox"/>	
3.c) unbekannt	<input type="checkbox"/>	
4) Welche Pflegemittel (Körperlotiones oder -cremes, Duschgele, Seifen) haben Sie während der Schwangerschaft vorwiegend benutzt (evtl. jodhaltig)?		
.....		
.....		
.....		
	JA	NEIN
5) Haben Sie <i>regelmäßig</i> Nahrungsergänzungsmittel eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA , welche?		
5.a) Folsäurekombinationspräparate	<input type="checkbox"/>	
5.b) Nahrungsergänzungsstoffe	<input type="checkbox"/>	
5.c) Spurenelemente/Vitamine	<input type="checkbox"/>	
5.d) andere	<input type="checkbox"/>	

- 6) Essen Sie *regelmäßig* Fisch?
 Wenn **JA**, wie oft ungefähr?
 6.a) einmal in der Woche
 6.b) mehrmals in der Woche
 6.c) wie oft im Monat
- 7) Trinken Sie *regelmäßig* Milch?
 Wenn **JA**, wieviel etwa am Tag?
 7.a) einen viertel Liter
 7.b) einen halben Liter
 7.c) einen dreiviertel Liter
 7.d) mehr
- 8) Nehmen Sie *regelmäßig* Algennahrung zu sich?
 Wenn **JA**, wie oft ungefähr?
 8.a) ein bis zwei mal im Monat
 8.b) drei bis vier mal im Monat
 8.c) fünf bis sechs mal im Monat
 8.d) öfter

Status des Neugeborenen

- 9) Geschlecht: männlich weiblich
- 10) geboren in:
- 11) Schwangerschaftswoche:
- 12) Geburtsgewicht: Gramm
- 13) Geburtslänge: Zentimeter

Ultraschall

- 14) Dürfen wir bei Ihrem Kind zum Ausschluß einer Schilddrüsenvergrößerung und zur Bestätigung einer normalen Schilddrüsenstruktur eine Schilddrüsenuntersuchung durchführen? **JA** **NEIN**

Jodbestimmung

- 15) Wir möchten eine Jodbestimmung in Ihrem Urin und im Urin Ihres Kindes sowie in Ihrer Muttermilch durchführen. Sind Sie damit einverstanden? **JA** **NEIN**

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Datum:

Unterschrift