

# FIBEROPTISCHE UNTERSUCHUNG DES SCHLUCKENS

## Befunde

<b>Name:</b> _____ <b>geb.:</b> _____	Etikett
<b>Diagnosen:</b>	

**Datum:**

**Fragestellung:**

**Stat.:**  **Amb.:**

Erstuntersuchung		Verlaufskontrolle		Videodokumentation	
<b>Ernährung</b>	Oral	Enteral PEG	Enteral MS	Parenteral	
<b>Trachealkanüle</b>	Keine	Sprechkanüle	Geblockt	Ungeblockt	
	Beim Essen ungeblockt		Beim Essen geblockt		
<b>Therapie</b>	Keine	F.O.T.T.	Funktionell	Frequenz:...../W	
<b>Lokalanästhesie</b>	Nase	Rachen	Larynx		
<b>Untersuchung</b>	Nase Re	Nase Li	Mundraum	Tracheostoma	
<b>Ausgangsstellung</b>	Sitzen	Rollstuhl	Bett		
<b>Glasgow-Coma-Scale</b>			<b>Früh-Reha Index</b>		
<b>Barthel-Index</b>					

## BEFUND

### Schleimhaut / Speichelproduktion

<b>Schleimhaut</b>	Regelgerecht	0	Gerötet / Entzündlich	1	Trocken	1
<b>Schluckfrequenz</b>	1 min:		2 min:		5 min:	

### Gaumen

<b>Befund</b>	Symmetrie		Hyperplasie	Re		Li		Defekt	Re		Li	
<b>Beweglichkeit</b>	Seitengleich	0	Eingeschränkt	Re	1	Li	1	Aufgehoben	Re	2	Li	2
<b>Verschluß</b>	Seitengleich	0	Eingeschränkt	Re	1	Li	1	Aufgehoben	Re	2	Li	2

### Rachenhinterwand

<b>Befund</b>	Symmetrie		Hyperplasie	Re		Li		Defekt	Re		Li	
<b>Beweglichkeit</b>	Seitengleich	0	Eingeschränkt	Re	1	Li	1	Aufgehoben	Re	2	Li	2

### Zungengrund / Valleculae

<b>Befund</b>	Symmetrie		Hyperplasie	Re		Li		Defekt	Re		Li	
<b>Beweglichkeit</b>	Seitengleich	0	Eingeschränkt	Re	1	Li	1	Aufgehoben	Re	2	Li	2

### Sinus piriformis

<b>Befund</b>	Symmetrie		Verlegung	Re		Li		Nicht einsehbar	Re		Li	
<b>Beweglichkeit</b>	Seitengleich	0	Eingeschränkt	Re	1	Li	1	Aufgehoben	Re	2	Li	2

## Kehlkopf

Anatomie

<b>Ary</b>	Symmetrie	Hyperplasie	Re	Li	Defekt	Re	Li
<b>Epiglottis</b>	Symmetrie	Hyperplasie	Re	Li	Defekt	Re	Li
<b>Taschenbänder</b>	Symmetrie	Hyperplasie	Re	Li	Defekt	Re	Li
<b>Stimmbänder</b>	Symmetrie	Hyperplasie	Re	Li	Defekt	Re	Li

Funktion

<b>Stimmbänder</b>	Seitengleich	Eingeschränkt	Re	Li	Stillstand	Re	Li
<b>Atem anhalten</b>	Möglich	0	Eingeschränkt	1	Unmöglich	2	
<b>Atem anhalten (Pressen)</b>	Möglich	0	Eingeschränkt	1	Unmöglich	2	
<b>Respiration</b>	Möglich	0	Eingeschränkt	1	Unmöglich	2	
<b>Phonation</b>	Möglich	0	Eingeschränkt	1	Unmöglich	2	

**Luftröhre** (bei vorhandenem Tracheostoma)

<b>Schleimhaut</b>	Regelgerecht	Gerötet Oberhalb Cuff	Gerötet Unterhalb Cuff
<b>Speichel</b>	Oberhalb Cuff	Unterhalb Cuff	

Sensibilitätsprüfung

	Recht	Links
<b>Nase</b>		
<b>Epipharynx</b>		
<b>Gaumen</b>		
<b>Zungengrund</b>		
<b>Rachenhinterwand</b>		
<b>Kehlkopf</b>		

<b>Score Befund</b>
<b>Gesamt</b>

(0 Taub, + Gespürt, ++ Unangenehm, +++ Würgereiz)

## Zusammenfassung

UntersucherIn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_