

SCHRITT 1

Komplikationen oder potentielles

Komplikationsrisiko (Ulzerationen, visuelle Beeinträchtigung, Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, Stridor) Ja Nein

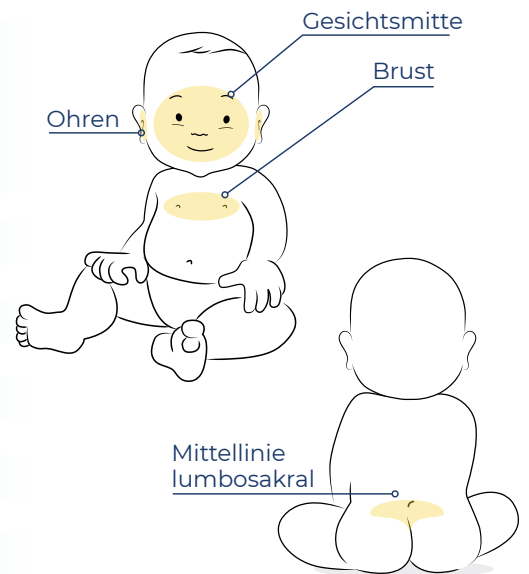
Gesichtsmitte und/oder **Ohren** Ja Nein

Brust (bei Mädchen) Ja Nein

Mittellinie lumbosakral Ja Nein

Grösse ≥ 4 cm (fokal oder segmental) Ja Nein

Anzahl der Hämangiome ≥ 5 Ja Nein



**MINDESTENS EINE DER VORHERIGEN SITUATIONEN WURDE MIT «JA» ANGEKREUZT.
BITTE ÜBERWEISEN SIE DEN PATIENTEN AN EIN SPEZIALZENTRUM.**

**WENN SIE BEI ALLEN FRAGEN «NEIN» ANGEKREUZT HABEN,
BEANTWORTEN SIE BITTE DIE NÄCHSTEN FRAGEN.**

Hinweis: Im Falle von mehreren Infantilen Hämangiomen (IH) sollte der Score für jedes IH ermittelt werden

SCHRITT 2

DIE GESAMTPUNKTZAHL IST DIE SUMME DER PUNKTZAHLN DER EINZELNEN PARAMETER:

Parameter	Items			Score Bitte berücksichtigen Sie nur die höchste Punktzahl für jeden Parameter
Lokalisation des Hämangioms	Andere Zonen im Gesicht, die zuvor nicht erwähnt wurden (siehe Schritt 1)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn Ja: 3 Punkte (Wenn Nein: 0 Punkte)	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 0
	Hals, Windelbereich, Kopfhaut	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn Ja: 2 Punkte (Wenn Nein: 0 Punkte)	
Ausmaß des grössten Hämangioms	≥ 1 cm in Zonen im Gesicht, die zuvor nicht erwähnt wurden (siehe Schritt 1)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn Ja: 3 Punkte (Wenn Nein: 0 Punkte)	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 0
	2 – 4 cm auf anderen Zonen des Körpers, die zuvor nicht erwähnt wurden (siehe Schritt 1)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn Ja: 2 Punkte (Wenn Nein: 0 Punkte)	
Aktuelles Alter des Kindes und Wachstum des Hämangioms	Säugling ist jünger als 2 Monate alt	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn Ja: 3 Punkte (Wenn Nein: 0 Punkte)	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 0
	Säugling ist ≥ 2 und ≤ 4 Monate alt, IH in den letzten 2 Wochen erkennbar gewachsen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn Ja: 2 Punkte (Wenn Nein: 0 Punkte)	
GESAMTERGEBNIS				

**SCORE ≥ 4 : BITTE ÜBERWEISEN SIE DEN PATIENTEN AN EIN SPEZIALZENTRUM.
SCORE < 4 : PATIENT IST NICHT ZU ÜBERWEISEN, SOLLTE ÜBERWACHT WERDEN.
SCORE WIRD BEI JEDEM KONTROLLTERMIN ERMITTELT.**

Die endgültige Entscheidung über die Überweisung des Patienten an ein Spezialzentrum liegt im Ermessen des Arztes und der Eltern.