

Ernährungsskala für das CHARGE-Syndrom

Autoren: Alexandra Hudson, Kasee Stratton, Jill Hatchette, Kim Blake

Datum: _____

Name der betroffenen Person: _____

Alter: _____ **Geschlecht** (Bitte einkreisen): Männlich Weiblich Keine Angaben

Ausgefüllt von (Bitte einkreisen): Mutter Vater Logopäde Krankenschwester / Arzt Sonstiges: _____

Wie viel Prozent der täglichen Flüssigkeitsmenge / Nahrungsmenge wird über eine Sonde gegeben? (Bitte einkreisen):

0%	25%	50%	75%	95%
----	-----	-----	-----	-----

Kreuzen Sie eine Zahl auf der Skala an:		Nie	Ein wenig	Manchmal	Viel	Immer
1	Er / Sie verweigert die orale Nahrungsaufnahme.	0	1	2	3	4
2	Er / Sie braucht länger als 45 Minuten für die orale Nahrungsaufnahme.	0	1	2	3	4
3	Er / Sie benötigt weniger als 15 Minuten für die orale Nahrungsaufnahme.	0	1	2	3	4
4	Er / Sie braucht eine enge Überwachung bei der oralen Nahrungsaufnahme.	0	1	2	3	4
5	Er / Sie braucht nur jemanden im Raum bei der oralen Nahrungsaufnahme.	0	1	2	3	4
6	Er / Sie hat Probleme beim Schneiden der Nahrung, wenn er / sie oral isst.	0	1	2	3	4
7	Er / Sie hat Probleme, bei der oralen Nahrungsaufnahme, alleine zu essen.	0	1	2	3	4
8	Er / Sie verschluckt sich oder hustet bei der oralen Nahrungsaufnahme.	0	1	2	3	4
9	Er / Sie hat Schwierigkeiten , die Nahrung zu kauen.	0	1	2	3	4
10	Er / Sie hat Schwierigkeiten , die Nahrung zu schlucken.	0	1	2	3	4
11	Er / Sie muss aufgefordert oder erinnert werden zu kauen.	0	1	2	3	4
12	Er / Sie muss aufgefordert oder erinnert werden zu schlucken.	0	1	2	3	4
13	Er / Sie mag es nicht, wenn Lebensmitteltexturen beim Essen vermischt werden. (z.B. Püree und feste Nahrung sind vermischt)	0	1	2	3	4
14	Ihm / Ihr fällt versehentlich beim Essen Nahrung aus dem Mund.	0	1	2	3	4
15	Er / Sie stopft sich beim Essen den Mund zu voll.	0	1	2	3	4

Kreuzen Sie eine Zahl auf der Skala an:		Nie	Ein wenig	Manchmal	Viel	Immer
16	Er / Sie hat Schwierigkeiten, die Nahrung beim Essen mit der Zunge zu bewegen.	0	1	2	3	4
17	Er / Sie hat Schwierigkeiten das Essen oder etwas Anderes, das die Innenseite seines / ihres Mundes berührt, zu spüren.	0	1	2	3	4
18	Er / Sie mag die orale Nahrungsaufnahme nicht.	0	1	2	3	4
19	Er / Sie belässt das Essen während der Nahrungsaufnahme in seinen / ihren Wangen oder am Gaumen (absichtlich oder unabsichtlich).	0	1	2	3	4
20	Er / Sie hat nach dem Ende der Mahlzeit (absichtlich oder unabsichtlich) noch Essen in den Wangen oder am Gaumen versteckt.	0	1	2	3	4
21	Die Eltern / Betreuer machen sich Sorgen über die orale Nahrungsaufnahme ihres Kindes.	0	1	2	3	4
22	Die Eltern / Betreuer haben Schwierigkeiten bei der Ernährung ihres Kindes. (z.B. das Essen richtig zuzubereiten oder genügend Informationen zum Thema Essen / Trinken zu erhalten)	0	1	2	3	4
Hat das betroffene Kind / der betroffene Erwachsene Probleme mit:		Nein		Ja		
23	Kaltem Essen	0		1		
24	Essen mit Raumtemperatur	0		1		
25	Warmem Essen	0		1		
26	Dünnflüssigen Flüssigkeiten (z.B. Wasser)	0		1		
27	Pürierten Lebensmitteln (z.B. Apfelmus)	0		2		
28	Pürierten, stückigen Lebensmitteln (z.B. Kartoffelpüree oder püriertes Gemüse)	0		2		
29	Weichen, kaubaren Lebensmitteln (z.B. weichem Brot, ungetoastetem Toastbrot)	0		2		
30	Zäher, kaubarer Nahrung (z.B. Fleisch)	0		1		
31	Hartem Gemüse und Obst (z.B. Äpfel)	0		1		

Gesamtpunktzahl (Summe aller Punkte)	/von 100 möglichen Punkten
Kreise ein:	Leicht (0-25 Punkte) Mäßig (26-50 Punkte) Stark (51-100 Punkte)