

**BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 15.02.2017**

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“

**Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse: Hepatitis B Reaktivierung**

(Adverse event of special interest)

Patientencode: <input type="text"/>	Datum der Visite: <input type="text"/>	
Geburtsdatum: <input type="text"/>		
akute Hepatitis B <input type="checkbox"/>	Chron. Hepatitis B <input type="checkbox"/>	Art des UE/Details: _____
Erstdiagnose: <input type="text"/>		_____
Beginn: <input type="text"/>	Ende: <input type="text"/>	
<b>Hepatitisserologie vor Start Biologikum:</b> <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt		
<input type="checkbox"/> Congenitale Hep B Infektion	Hep B Antigen <input type="checkbox"/> Hep B c Ag positiv <input type="checkbox"/> Hep B e Ag positiv <input type="checkbox"/> Hep B s Ag positiv	Hep B Antikörper <input type="checkbox"/> Hep B c AB positiv <input type="checkbox"/> Hep B e AB positiv <input type="checkbox"/> Hep B s AB positiv
		<input type="checkbox"/> Hep B DNA PCR positiv PCR: _____
<b>Aktuelle Hepatitisserologie/PCR:</b>		
	Hep B Antigen <input type="checkbox"/> Hep B c Ag positiv <input type="checkbox"/> Hep B e Ag positiv <input type="checkbox"/> Hep B s Ag positiv	Hep B Antikörper <input type="checkbox"/> Hep B c AB positiv <input type="checkbox"/> Hep B e AB positiv <input type="checkbox"/> Hep B s AB positiv
		<input type="checkbox"/> Hep B DNA PCR positiv <input type="checkbox"/> Hep B DNA PCR Anstieg. PCR: _____

	Maximaler Wert			
ALAT	<input type="text"/>	U/I	Bilirubin gesamt	<input type="text"/> mg/dl
ASAT	<input type="text"/>	U/I	Gerinnung gestört:	<input type="checkbox"/> nein
GGT	<input type="text"/>	U/I		<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nicht bekannt
<b>Relevante anamnestische Angaben:</b>				
_____				
<b>Bitte teilen Sie uns Details zur Therapie / zum Verlauf mit:</b> <input type="checkbox"/> nicht bekannt/nicht verfügbar				
_____				
<b>Outcome</b>	<input type="checkbox"/> wiederhergestellt	<input type="checkbox"/> nicht wiederhergestellt	<input type="checkbox"/> bleibender Schaden	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
	<input type="checkbox"/> fatal (Todesdatum: ____ . ____ . ____)	<input type="checkbox"/> verbessert	<input type="checkbox"/> verschlechtert	

<input type="text"/>	_____	_____
Datum	Name des Arztes	Unterschrift des Arztes