

BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 17.05.2017

Klinik/Praxis-Stempel

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“

**Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse:
Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS)**

(Adverse event of special interest)

Patientencode:

Datum der Visite:

Geburtsdatum:

Art des UE:

Beginn

Ende:

Spezifische Diagnose: _____

Erstes Ereignis Wiederholtes MAS **Bitte teilen Sie uns Details mit:**

Relevante anamnestische Angaben:

nicht bekannt/nicht verfügbar

Sind Infektionen in den letzten 4 Wochen aufgetreten?

nein ja, _____

Sind Medikamente in den letzten 4 Wochen beendet/vermindert worden?

nein ja, _____

Klinische Angaben

Fieber nein ja nicht bekannt Blutungszeichen nein ja nicht bekannt

Organomegalie nein ja nicht bekannt ZNS-Beteiligung nein ja nicht bekannt

Lymphknotenschwellungen nein ja nicht bekannt

	Minimaler Wert		Maximaler Wert	
Thrombozytenzahl	<input type="text"/>	/ μ l	Triglyceride	<input type="text"/> mg/dl
Leukozytenzahl	<input type="text"/>	/ μ l	Ferritin	<input type="text"/> mg/dl
Neutrophilenzahl	<input type="text"/>	/ μ l	ASAT	<input type="text"/> U/l
Hämoglobin	<input type="text"/>	g/dl	ALAT	<input type="text"/> U/l
Fibrinogen	<input type="text"/>	mg/dl	Bilirubin gesamt	<input type="text"/> mg/dl
BSG	<input type="text"/>	mm/1.h		

Ist eine Knochenmarkspunktion durchgeführt worden? nein ja nicht bekannt

Besteht eine Hämophagozytose? nein ja nicht bekannt

Outcome wiederhergestellt nicht wiederhergestellt bleibender Schaden nicht bekannt

fatal (Todesdatum: ____ . ____ . ____) verbessert verschlechtert

Datum

Name des Arztes

Unterschrift des Arztes