

BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 02.01.2012

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“

Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse: Schwangerschaft

(Adverse event of special interest)

Patientencode: <input type="text"/>	Datum der Visite: <input type="text"/>		
Geburtsdatum: <input type="text"/>			
Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> der Patientin <input type="checkbox"/> einer Partnerin eines Patienten Bericht <input type="checkbox"/> prospektiv <input type="checkbox"/> retrospektiv			
Informationen über die Schwangerschaft (Tag/Monat/Jahr) Schwangerschaftsstatus			
Letzte Menstruation oder	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> andauernd	<input type="checkbox"/> Eileiterschwangerschaft
Konzeption oder	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Entbindung	<input type="checkbox"/> vorzeitiges Beobachtungsende
Erwarteter Entbindungstermin	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt
Relevante Informationen über die Medikamenteneinnahme beim Patienten/ bei der Patientin:			
Medikament	Dosis	/ Tg/Wo/Mo	Therapiestart andauernd
1. <input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/> x / <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/> x / <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>
Relevante Informationen über die Medikamenteneinnahme bei der Mutter:			
Medikament	Dosis	/ Tg/Wo/Mo	Therapiestart andauernd
1. <input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/> x / <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/> x / <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>
Relevante Laborergebnisse oder Untersuchungen bei der Mutter:			
Untersuchung	Datum	Ergebnis	
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Relevante medizinische Daten der Mutter (Patientin oder Partnerin des Patienten):			
Kontrazeption:		Anzahl vorangegangener:	Risikofaktoren:
<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> Infertilität (Mann)	Schwangerschaften <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Alkohol
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Infertilität (Frau)	Abort <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Spermizide	<input type="checkbox"/> Rhythmus	Fehlgeburt <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Infektion
<input type="checkbox"/> Kondom	<input type="checkbox"/> Coitus interruptus	Totgeburten <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rauchen
<input type="checkbox"/> Diaphragma	<input type="checkbox"/> Abstinenz	Entbindungen <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Drogenmissbrauch
<input type="checkbox"/> Intrauterinpeessar	<input type="checkbox"/> chirurgische Sterilisation	Kinder mit Geburtsfehlern <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> kontraceptive Medikation		<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine
Familienanamnese bzgl. Fehlbildungen:		Fertilitätsbehandlungen: (z.B. in vitro-Fertilisation)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unbekannt	
Bitte teilen Sie uns Details mit:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

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