

BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 22.02.2017

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“

Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse: Sarkoidose/sarkoidale Reaktion (Adverse event of special interest)

Patientencode: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Datum der Visite: <input style="width: 100%;" type="text"/>																		
Geburtsdatum: <input style="width: 100%;" type="text"/>																			
Art des UE: <input style="width: 100%;" type="text"/>																			
Beginn <input style="width: 100%;" type="text"/>	Ende <input style="width: 100%;" type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> Sarkoidose, betroffen: <table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Pulmonale Sarkoidose</td><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Blau-Syndrom</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Muskuloskelettale Sarkoidose</td><td><input type="checkbox"/> Sarkoidale Reaktion, Details: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Kutane Sarkoidose</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Löffgren Syndrom</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Okulär Sarkoidose</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Heerfordt Syndrom</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Leber Sarkoidose</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Neurosarkoidose</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Herz Sarkoidose</td><td></td></tr></table>		<input type="checkbox"/> Pulmonale Sarkoidose	<input type="checkbox"/> Blau-Syndrom	<input type="checkbox"/> Muskuloskelettale Sarkoidose	<input type="checkbox"/> Sarkoidale Reaktion, Details: _____	<input type="checkbox"/> Kutane Sarkoidose	_____	<input type="checkbox"/> Löffgren Syndrom	_____	<input type="checkbox"/> Okulär Sarkoidose		<input type="checkbox"/> Heerfordt Syndrom		<input type="checkbox"/> Leber Sarkoidose		<input type="checkbox"/> Neurosarkoidose		<input type="checkbox"/> Herz Sarkoidose	
<input type="checkbox"/> Pulmonale Sarkoidose	<input type="checkbox"/> Blau-Syndrom																		
<input type="checkbox"/> Muskuloskelettale Sarkoidose	<input type="checkbox"/> Sarkoidale Reaktion, Details: _____																		
<input type="checkbox"/> Kutane Sarkoidose	_____																		
<input type="checkbox"/> Löffgren Syndrom	_____																		
<input type="checkbox"/> Okulär Sarkoidose																			
<input type="checkbox"/> Heerfordt Syndrom																			
<input type="checkbox"/> Leber Sarkoidose																			
<input type="checkbox"/> Neurosarkoidose																			
<input type="checkbox"/> Herz Sarkoidose																			
Andere: _____																			
Spezifische/Finale Diagnose: _____																			
Wie wurde die Diagnose bestätigt? (Bitte schicken Sie uns den Bericht falls verfügbar) <input type="checkbox"/> klinisch <input type="checkbox"/> Laborparameter <input type="checkbox"/> Röntgen/MRT/CT <input type="checkbox"/> histologisch (bitte schicken Sie uns den Bericht): _____ <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Verdacht, nicht bestätigt <input type="checkbox"/> andere: _____																			
War zusätzliche Medikation notwendig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____																			
Relevante anamnestische Angaben: _____ _____ <input type="checkbox"/> nicht bekannt/nicht verfügbar																			
Outcome <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 style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																		
Datum	Name des Arztes Unterschrift des Arztes																		