

**BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 02.01.2012**

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“

**Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse: Schlaganfall/Thrombose**

(Adverse event of special interest)

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Patientencode:   | <input type="text"/>   | Datum der Visite:                                | <input type="text"/>                        |
| Geburtsdatum:  | <input type="text"/>   |  |   |
| Art des UE:  | <input type="text"/>   |  |   |
| Beginn   | <input type="text"/>   |  |   |
| <b>Spezifische Diagnose:</b>                                     | _____  |  |   |
| Wurde ein Doppler-Ultraschall durchgeführt?                      | <input type="checkbox"/> nein                                  | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nicht bekannt      |
| Wenn ja, Ergebnis:   | _____  |  |   |
| Wurde ein craniales CT durchgeführt?                             | <input type="checkbox"/> nein                                  | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nicht bekannt      |
| Wenn ja, Ergebnis:   | _____  |  |   |
| Wurde ein craniales MRT durchgeführt?                            | <input type="checkbox"/> nein                                  | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nicht bekannt      |
| Wenn ja, Ergebnis:   | _____  |  |   |
| War zusätzliche Medikation notwendig?                            | <input type="checkbox"/> nein                                  | <input type="checkbox"/> ja                      | _____                                       |
| <b>Bitte teilen Sie uns Details mit:</b>                         | _____<br>_____   |  |   |
| <b>Relevante anamnestische Angaben:</b>                          | _____<br>_____   |  |   |
| <input type="checkbox"/> nicht bekannt/nicht verfügbar           |  |  |   |
| <b>Besteht eine Thrombophilie?</b>                               |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> nein                                    | <input type="checkbox"/> ja                                    | <input type="checkbox"/> nicht bekannt           |   |
| <b>Eigenanamnese bezüglich eines Schlaganfalls/Thrombose?</b>    |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> nein                                    | <input type="checkbox"/> ja                                    | <input type="checkbox"/> nicht bekannt           |   |
| <b>Familienanamnese bezüglich eines Schlaganfalls/Thrombose?</b> |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> nein                                    | <input type="checkbox"/> ja                                    | <input type="checkbox"/> nicht bekannt           |   |
| <b>Outcome</b>   | <input type="checkbox"/> wiederhergestellt                     | <input type="checkbox"/> nicht wiederhergestellt | <input type="checkbox"/> bleibender Schaden |
|  | <input type="checkbox"/> fatal (Todesdatum: _____._____.____.) | <input type="checkbox"/> verbessert              | <input type="checkbox"/> verschlechtert     |
| <input type="text"/>   | Name des Arztes  |  | Unterschrift des Arztes                     |
| Datum  |  |  |   |