

BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 17.05.2017

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“

Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse: Chronisch entzündliche Darmerkrankung (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"/>	Ende: <input type="text"/>
Datum der Diagnose: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Symptome bei Beginn (bitte ankreuzen)	
Symptome \geq 4 Wochen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Symptome \geq 2 Episoden in 6 Monaten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bauchkrämpfe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Blutige Diarrhoe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Tenesmus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anorexie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Erbrechen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Obstipation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wachstumsstörung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diarrhoe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fieber <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Erythema nodosum <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere: _____	
Wie wurde die Diagnose bestätigt? (Bitte schicken Sie uns den Bericht, falls verfügbar)	
<input type="checkbox"/> endoskopisch (Bitte teilen Sie uns das Ergebnis mit): _____	
<input type="checkbox"/> histologisch (Bitte teilen Sie uns das Ergebnis mit): _____	
<input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Verdacht, nicht bestätigt <input type="checkbox"/> andere _____	
Typ: <input type="checkbox"/> Morbus Crohn <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Colitis, unklassifiziert	
HLA-B27 <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
War zusätzliche Medikation notwendig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; _____	
Relevante anamnestische Angaben: _____	
<input type="checkbox"/> nicht bekannt/nicht verfügbar	
Familienanamnese (Verwandte ersten Grades betreffend)	
<input type="checkbox"/> Spondylarthritis <input type="checkbox"/> CED <input type="checkbox"/> JIA <input type="checkbox"/> nicht bekannt (inkl. ankylosierende Spondylitis)	
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 type="text"/>	_____
Datum	Name des Arztes
	Unterschrift des Arztes