

# BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“ (Adverse event of special interest)

## Ereignis von besonderem Interesse: COVID-19-Infektion (Coronavirus SARS CoV2)

Patientencode:	<input type="text"/>	Datum der (Tel.-) Visite:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Kerndoku Nr:	<input type="text"/>
<b>Grunderkrankung: (JIA etc.)</b> _____			
Beginn	<input type="text"/>	Ende:	<input type="text"/>
<b>asymptomatisch:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Symptome:</b>	_____
Krankenhausbehandlung:	<input type="checkbox"/> nein ; <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		
Intensivstation.	<input type="checkbox"/> nein ; <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		
O2-Bedarf.	<input type="checkbox"/> nein ; <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		
Beatmung.	<input type="checkbox"/> nein ; <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____	Tage gesamt	<input type="text"/>
<b>Diagnostik:</b>	<input type="checkbox"/> Schnelltest <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Serologie <input type="checkbox"/> unbekannt // <b>Ergebnis: positiv</b>	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/>
<b>Grund der Testung:</b>	<input type="checkbox"/> Aufenthalt im Risikogebiet <input type="checkbox"/> Symptomatik	<input type="checkbox"/> Kontakt zu infiziertem Patient	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
<b>Anamnese:</b>			
<b>Immunsuppression?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil: (bitte Angabe)		
respirator. Begleiterkrankung?	<input type="checkbox"/> nein ; <input type="checkbox"/> ja, (Art) _____	medikamentenpflichtig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
sonst. Begleiterkrankung?	<input type="checkbox"/> nein ; <input type="checkbox"/> ja, (Art) _____	medikamentenpflichtig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere für die Infektionserkrankung relevante anamnestische Angaben: _____			
<b>Medikation der letzten 14 Tage vor AE:</b>	<b>Handelsname</b>	<b>Dosis und Intervall</b>	
<b>Kein Medikament</b> <input type="checkbox"/>	1. _____ ®	_____ mg <input type="checkbox"/> /Tag/Wo, alle <input type="checkbox"/> Tage /Wo	
	2. _____ ®	_____ mg <input type="checkbox"/> /Tag/Wo, alle <input type="checkbox"/> Tage /Wo	
	3. _____ ®	_____ mg <input type="checkbox"/> /Tag/Wo, alle <input type="checkbox"/> Tage /Wo	
	4. _____ ®	_____ mg <input type="checkbox"/> /Tag/Wo; alle <input type="checkbox"/> Tage /Wo	
Wurde die Therapie mit MTX bzw. dem Biologikum unterbrochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl Tage: <input type="text"/>			
Wurde die Dosis reduziert aufgrund des Ereignisses? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<b>Verwendete Medikation bei COVID-Infektion:</b>			
Name	Applikation		
_____	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> andere: _____		
_____	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> andere: _____		
_____	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> andere: _____		
<b>Outcome</b> <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	