

Klinik/Praxis-Stempel

Therapieverlauf Seite 1/3

Monat (aktuelle Basistherapie): 0 3 6 12 18 24 30 36 42
 Weitere Dokumentation, Woche bzw. Monat:

Datum Visite:
 Patientencode: Geburtsdatum:
 Größe: cm Gewicht: kg

BSG mm/1.Std CRP mg/l oder CRP mg/dl nicht bestimmt
 IL18 pg/ml S100 A8/9 µg/ml Ferritin mg/dl nicht bestimmt

Aktuelle Medikation

	Name		Tagesdosis
NSAR	<input type="text"/>		<input type="text"/> mg
Steroide	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral		<input type="text"/> mg
Steroidstoßtherapie	<input type="text"/> Intervall: an <input type="checkbox"/> Tagen alle <input type="checkbox"/> Wochen		<input type="text"/> mg
Intraartikulär	Datum: <input type="text"/>	Anzahl Gelenke	<input type="text"/>

Biologika/DMARD	Route	Handelsname	Einzeldosis	Intervall	ggf. Restart am
<input type="checkbox"/> Methotrexat	<input type="checkbox"/> p.o <input type="checkbox"/> s.c		<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> / Woche oder alle <input type="checkbox"/> Tage	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sulfasalazin			<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> / Tag	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> (OH-)Chloroquin			<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> / Tag	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Abatacept:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> mg alle	<input type="checkbox"/> Wochen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Adalimumab:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> mg alle	<input type="checkbox"/> Wochen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Anakinra:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> / Tag	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Canakinumab:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> mg alle	<input type="checkbox"/> Wochen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Etanercept:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> / Woche oder alle <input type="checkbox"/> Tage	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Golimumab:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> mg alle	<input type="checkbox"/> Wochen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tocilizumab:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> mg alle	<input type="checkbox"/> Wochen (i.v. <input type="checkbox"/> s.c. <input text"="" type="checkbox/>)</td> <td><input type="/>	

weitere Medikation	oral	parenteral					
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> /Tag	<input type="checkbox"/> /Woche	alle <input type="checkbox"/> Tage	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> /Tag	<input type="checkbox"/> /Woche	alle <input type="checkbox"/> Tage	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> /Tag	<input type="checkbox"/> /Woche	alle <input type="checkbox"/> Tage	

Besteht bei dem Patienten eine auf die JIA zurückzuführende

aktive Gelenkentzündung? nein ja Splenomegalie? nein ja
 Hautausschlag? nein ja Hepatomegalie? nein ja
 Uveitis? nein ja Serositis? nein ja
 generalisierte Lymphadenopathie? nein ja Fieber? nein ja, max. °C
 Hinweise auf ein Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS)? nein ja
 Morgensteifigkeit? nein ja, min

Knochendichtemessung erfolgt? nein ja Datum unbekannt
 Ergebnis: normal verändert

Pubertätsstatus (nach Tanner 1-5) P B T nicht bestimmt
Menarche nein ja, im Alter von (Jahre) unbekannt

Therapieverlauf Seite 2/3

Datum der Visite

Patientencode



Geburtsdatum

Aktueller Gelenkstatus Keine Gelenke mit pathologischem Befund

	Schmerz					Schwellung					Bewegungseinschränkung										
	rechts		links			rechts		links			rechts		links								
Kiefergelenke																					
Sternoclavicular																					
Schulter																					
Ellbogen																					
Hand																					
MCP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
PIP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
DIP		2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5	
Hüfte																					
Knie																					
OSG																					
USG																					
Tarsus																					
MTP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
PIP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
HWS																					
BWS																					
LWS																					
ISG																					

Bitte zutreffendes Gelenk ankreuzen oder schwärzen

Arzturteil. Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?

inaktiv  _____  aktiv

Wie beurteilen Sie den Therapieerfolg?

sehr gut gut wenig kein schlecht

Liegt ein Schub der Erkrankung vor? Nein ja

Wie beurteilt der Patient den Therapieerfolg?

sehr gut gut wenig kein schlecht

Start Schub

Nachfolgende Therapieentscheidung: _____

Ineffektivität: nein ja, Grund für Ineffektivität:

Antikörperbildung Non-compliance Absetzen anderer Medikamente

unzureichende Dosierung unbekannt **Kommentar:** _____

Wurde seit der letzten Dokumentation ein Biologikum/Basistherapie beendet? nein ja

Welches: _____ Datum der letzten Anwendung

Begründung für den Therapieabbruch

Ineffektivität nein ja

Wunsch des Patienten nein ja

Nebenwirkungen/Unverträglichkeit nein ja Falls „ja“, bitte auf Seite 3/3 dokumentieren!

Remission der Erkrankung nein ja

Andere Gründe nein ja, folgende: (bitte beschreiben)

Nachfolgende Therapie/ Kommentar des Therapeuten



Therapieverlauf Seite 3/3

Unerwünschtes Ereignis

Pat.-Nr (vom Koordinationszentrum auszufüllen)

Pat.-Code

Geburtsdatum

Auftreten eines **unerwünschten Ereignisses** seit der letzten Visite? nein ja, bitte unten dokumentieren

Auftreten eines **unerwünschten Ereignisses von besonderem Interesse**: (bitte spezielles Formblatt **zusätzlich** ausfüllen: kann unter www.biker-register.de ausgedruckt werden)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anaphylaxie/Hypersensitivität | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Sarkoidose / sarkoidale Reaktion |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen (incl. Psoriasis) | <input type="checkbox"/> Ineffektivität/Krankheitsschub | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Infektionen, schwer | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) | <input type="checkbox"/> Infektionen, opportunistisch (incl. TBC) | <input type="checkbox"/> Serumkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Demyelinisierende Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Kardiovaskuläres Event | <input type="checkbox"/> Systemischer Lupus erythematoses |
| <input type="checkbox"/> Depression/Suizidalität | <input type="checkbox"/> Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS) | <input type="checkbox"/> Thrombotische Ereignisse |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Perforation | <input type="checkbox"/> Maligne Erkrankung | <input type="checkbox"/> Uveitis |
| <input type="checkbox"/> Hepatische Ereignisse (mit Transaminasenerhöhung) | <input type="checkbox"/> Off-label-Use | <input type="checkbox"/> Vaskulitis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B Reaktivierung | <input type="checkbox"/> Probleme mit Verabreichung/Dosis | <input type="checkbox"/> Zytopenie /hämatolog.Reaktion |

AE-Anfang

AE-Ende

Ereignis (kurze Beschreibung der **Symptome und Diagnostikergebnisse, welche die Diagnose bestätigen**)

Finale / Entlassungs-Diagnose _____

unbekannt

Kodierung Qualität

- Todesfolge
- Lebensbedrohend
- Hospitalisierung
- bleibende Behinderung
- bösartiger Tumor/Malignom
- med. bedeutende Überdosierung
- angeborene Anomalie oder Geburtsfehler
- notfallmäßig med. Intervention
- nicht schwerwiegend

Kodierung Intensität

- leicht
- moderat
- schwer
- ernsthaft

AE-Ausgang

- wiederhergestellt
- nicht wiederhergestellt
- bleibender Schaden
- unbekannt
- Exitus
- verbessert
- verschlechtert

Ggf. Todesdatum

Kausalität (Ziffer/Kodierung s.u.)

Grunderkrankung

Begleiterkrankung

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MTX | <input type="checkbox"/> Abatacept |
| <input type="checkbox"/> Sulfasalazin | <input type="checkbox"/> Adalimumab |
| | <input type="checkbox"/> Anakinra |
| <input type="checkbox"/> (OH-)Chloroquin | <input type="checkbox"/> Canakinumab |
| | <input type="checkbox"/> Etanercept |
| | <input type="checkbox"/> Golimumab |
| | <input type="checkbox"/> Tocilizumab |

Weitere Medikamente:

Kodierung Kausalität

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1 = sicher | 4 = unwahrscheinlich |
| 2 = wahrscheinlich | 5 = kein Zusammenhang |
| 3 = möglich | 6 = unbekannt |

Medikation der letzten 14 Tage vor AE

Handelsname

Dosis und Intervall

Kein Medikament

- | | | |
|-----------|-------------------------|--|
| 1. _____® | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> /Tag/Wo, alle <input type="text"/> Tage /Wo |
| 2. _____® | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> /Tag/Wo, alle <input type="text"/> Tage /Wo |
| 3. _____® | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> /Tag/Wo, alle <input type="text"/> Tage /Wo |
| 4. _____® | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> /Tag/Wo; alle <input type="text"/> Tage /Wo |

Wurde die Therapie mit dem Basismedikament unterbrochen nein ja, Anzahl ausgelassene Applikationen

Besserung des Ereignisses nach Beendigung der Medikation? nein ja

Relevante Laborparameter

Parameter	Wert	Einheit	Normalbereich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum

Name des Arztes

Unterschrift des Arztes

Fragebogen zur Gesundheitsbewertung im Kindesalter Seite 1Aktuelles Datum: Patientencode: Geburtsdatum:

Kann Ihr Kind / kannst Du:

		OHNE Probleme	EINIGE Probleme	GROSSE Probleme	UNMÖGLICH	Nicht anwendbar
ANKLEIDEN UND KÖRPERPFLEGE						
1	- Sich/Dich alleine anziehen, Schnürsenkel und Knöpfe zu machen?	0	0	0	0	0
2	- Sich/Dir die Haare waschen?	0	0	0	0	0
3	- die Socken ausziehen?	0	0	0	0	0
4	- die Fingernägel schneiden?	0	0	0	0	0
AUFSTEHEN						
5	- von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	0	0	0	0	0
6	- ins Bett oder aus dem Bett steigen, oder in einem Kinderbett aufstehen?	0	0	0	0	0
ESSEN						
7	- Fleisch selbst schneiden?	0	0	0	0	0
8	- eine Tasse / Glas zum Mund führen?	0	0	0	0	0
9	- eine neue Packung "Cornflakes" öffnen?	0	0	0	0	0
GEHEN						
10	- im Freien auf ebenem Boden gehen?	0	0	0	0	0
11	- fünf Stufen hinaufsteigen?	0	0	0	0	0
KÖRPERPFLEGE						
12	- den ganzen Körper waschen und abtrocknen?	0	0	0	0	0
13	- baden (in die Wanne hinein- bzw. aus der Wanne heraus steigen)?	0	0	0	0	0
14	- sich/Dich auf die Toilette bzw. den Nachttopf setzen und davon aufstehen?	0	0	0	0	0
15	- Zähne putzen?	0	0	0	0	0
16	- Haare kämmen/bürsten?	0	0	0	0	0
REICHWEITE						
17	- einen schweren Gegenstand, z.B. ein großes Spiel oder Bücher, gerade über Kopfhöhe erreichen und herunter holen?	0	0	0	0	0
18	- sich/Dich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Stück Papier vom Boden aufzuheben?	0	0	0	0	0
19	- einen Pullover über den Kopf anziehen?	0	0	0	0	0
20	- den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	0	0	0	0	0
GREIFEN						
21	- mit Kugelschreiber / Bleistift kritzeln oder schreiben?	0	0	0	0	0
22	- Autotüren öffnen?	0	0	0	0	0
23	- (z.B. Marmelade-) Gläser auf machen, die schon mal geöffnet waren?	0	0	0	0	0
24	- Wasserhähne auf- und zudrehen?	0	0	0	0	0
25	- eine Tür mit Drehknopf aufschieben?	0	0	0	0	0
TÄTIGKEITEN						
26	- Besorgungen machen und einkaufen?	0	0	0	0	0
27	- Einsteigen in ein Auto, Spielauto oder Schulbus und aussteigen?	0	0	0	0	0
28	- Fahrrad oder Dreirad fahren?	0	0	0	0	0
29	- Hausarbeiten machen (z.B. abspülen, Müll hinaus bringen, staubsaugen, Gartenarbeit, Bett machen, Zimmer reinigen)?	0	0	0	0	0
30	- Rennen und spielen?	0	0	0	0	0

Fragebogen zur Gesundheitsbewertung im Kindesalter Seite 2

Aktuelles Datum: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Patientencode: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsdatum: <input style="width: 100%;" type="text"/>

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel / Hilfsgeräte an, die Ihr

Kind gewöhnlich für eine der nachfolgend genannten Tätigkeiten benutzt:

	ANKLEIDEN UND KÖRPERPFLEGE / AUFSTEHEN / ESSEN / GEHEN	
<input type="radio"/>	Mein Kind benötigt für o.a. Tätigkeiten keine Hilfsmittel / -geräte	
	<input type="radio"/> Gehstock	<input type="radio"/> Gehwagen
	<input type="radio"/> Gehstützen	<input type="radio"/> Rollstuhl
	<input type="radio"/> Hilfen zum Anziehen (Knöpfhaken, Reißverschluss, Zieher, langer Schuhanzieher o.ä.)	
	<input type="radio"/> Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte	
	<input type="radio"/> Spezialstuhl oder Sitzerrhöhung	
	<input type="radio"/> Andere Hilfsmittel (bitte angeben):	

Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, bei denen Ihr Kind **AUFGRUND SEINER**

ERKRANKUNG normalerweise die Hilfe einer anderen Person

<input type="radio"/>	Mein Kind benötigt für oben angeführte Bereiche keine Hilfe	
	<input type="radio"/> Ankleiden und Körperpflege	<input type="radio"/> Gehen
	<input type="radio"/> Essen	<input type="radio"/> Aufstehen

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel / Hilfsgeräte an, die Ihr

Kind gewöhnlich für eine der nachfolgend genannten Tätigkeiten benutzt:

	KÖRPERPFLEGE / REICHWEITE / GREIFEN / TÄTIGKEITEN	
<input type="radio"/>	Mein Kind benötigt für o.a. Tätigkeiten keine Hilfsmittel / -geräte	
	<input type="radio"/> erhöhter Toilettensitz	<input type="radio"/> Badewannensitz
	<input type="radio"/> Haltegriff an der Badewanne	<input type="radio"/> Badegeräte mit langem Griff (z.B. Bürste)
	<input type="radio"/> Griffverlängerung zum Erreichen von Gegenständen	
	<input type="radio"/> Schraubglasöffner (z.B. für schon einmal geöffnete Marmeladegläser)	

Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, bei denen Ihr Kind **AUFGRUND SEINER**

ERKRANKUNG normalerweise die Hilfe einer anderen Person benötigt

<input type="radio"/>	Mein Kind benötigt für oben angeführte Bereiche keine Hilfe	
	<input type="radio"/> Körperpflege (Hygiene)	<input type="radio"/> Greifen und Öffnen von Gegenständen
	<input type="radio"/> Bewegungen des Alltagslebens	<input type="radio"/> Besorgungen und häusliche Aufgaben

Schmerz: Wir möchten gerne wissen, ob Ihr Kind durch seine Erkrankung Schmerzen hat. Wie stark schätzen Sie die krankheitsbedingten Schmerzen **während der letzten Woche** ein?
 Setzen Sie bitte unten auf der durchgezogenen Linie eine entsprechende Markierung:

0 _____ 100
 Keine Schmerzen Sehr starke Schmerzen

Gesamtbeurteilung: Bitte bewerten Sie, wie es Ihrem Kind geht, wenn Sie alle Beeinträchtigungen und Probleme durch die Erkrankung berücksichtigen, indem Sie eine Markierung unten auf der durchgezogenen Linie setzen:

0 _____ 100
 Sehr gut Sehr schlecht