

BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 22.02.2017

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“

Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse: Arterielle Hypertonie

(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"/>
Spezifische Diagnose: _____			
Wurde eine Langzeit-Blutdruckmessung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wenn ja, Ergebnis: _____			
<input type="checkbox"/> Primäre (essentielle) Hypertonie	<input type="checkbox"/> Sekundäre Hypertonie		
Ursachen sekundäre Hypertonie:			
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Medikamente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Endokrine Ursachen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Tumor	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Psychiatrische Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Andere	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Risikofaktoren:			
Adipositas	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schlafapnoesyndrom <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Dyslipoproteinämie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Medikamente/Drogen/Lakritz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Rauchen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Neurofibromatose <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Andere <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
War zusätzliche Medikation notwendig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____			
Bitte teilen Sie uns Details mit:			

<input type="checkbox"/> nicht bekannt/nicht verfügbar			
Eigenanamnese bezüglich Hypertonie?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bekannt seit _____	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	
Familienanamnese bezüglich Hypertonie?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	

BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 22.02.2017

Endorganschäden:			
Herz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	_____
Gefäße	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	_____
Nieren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	_____
Augen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	_____
ZNS	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	_____
Andere	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	_____
Outcome	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	
Datum	Name des Arztes	Unterschrift des Arztes	