

BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 15.02.2017

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“

**Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse: Autoimmunerkrankung
incl. Psoriasis** (Adverse event of special interest)

Patientencode: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Datum der Visite: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsdatum: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Art des UE/Details: _____ wenn Psoriasis: <input type="checkbox"/> neu aufgetreten _____ _____ <input type="checkbox"/> Verschlechterung <input type="checkbox"/> Psoriasiforme Dermatitis <input type="checkbox"/> Erythrodemische Dermatitis <input type="checkbox"/> Psoriasis guttata <input type="checkbox"/> Pustulöse Psoriasis	
Beginn: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Ende: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Finale Diagnose: _____	
Wie wurde die Diagnose bestätigt? (Bitte schicken Sie uns den Bericht falls verfügbar)	
<input type="checkbox"/> klinisch	
<input type="checkbox"/> Laborparameter	
<input type="checkbox"/> mikroskopisch/serologisch (Methode, Probe): _____	
<input type="checkbox"/> Röntgen/MRT/CT	
<input type="checkbox"/> histologisch (bitte schicken Sie uns den Bericht): _____	
<input type="checkbox"/> unbekannt	
<input type="checkbox"/> Verdacht, nicht bestätigt	
<input type="checkbox"/> andere: _____	
War zusätzliche Medikation notwendig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ _____	
Relevante anamnestische Angaben: _____ _____	
<input type="checkbox"/> nicht bekannt/nicht verfügbar	
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 style="width: 100%;" type="text"/>	_____
Datum	Name des Arztes Unterschrift des Arztes