

BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 02.01.2012

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“

Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse: Schlaganfall/Thrombose

(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"/>		
Spezifische Diagnose:	_____		
Wurde ein Doppler-Ultraschall durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wenn ja, Ergebnis:	_____		
Wurde ein craniales CT durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wenn ja, Ergebnis:	_____		
Wurde ein craniales MRT durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wenn ja, Ergebnis:	_____		
War zusätzliche Medikation notwendig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Bitte teilen Sie uns Details mit:	_____ _____		
Relevante anamnestische Angaben:	_____ _____		
<input type="checkbox"/> nicht bekannt/nicht verfügbar			
Besteht eine Thrombophilie?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	
Eigenanamnese bezüglich eines Schlaganfalls/Thrombose?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	
Familienanamnese bezüglich eines Schlaganfalls/Thrombose?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	
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"/>	_____	_____
Datum	Name des Arztes	Unterschrift des Arztes