

BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 17.05.2017

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“

Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse: Chronisch entzündliche Darmerkrankung (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"/> |
| Datum der Diagnose: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| Symptome bei Beginn (bitte ankreuzen) | |
| Symptome \geq 4 Wochen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Symptome \geq 2 Episoden in 6 Monaten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Bauchkrämpfe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Blutige Diarrhoe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Tenesmus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Anorexie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Erbrechen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Obstipation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wachstumsstörung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Diarrhoe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Fieber <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Erythema nodosum <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Andere: _____ | |
| Wie wurde die Diagnose bestätigt? (Bitte schicken Sie uns den Bericht, falls verfügbar) | |
| <input type="checkbox"/> endoskopisch (Bitte teilen Sie uns das Ergebnis mit): _____ | |
| <input type="checkbox"/> histologisch (Bitte teilen Sie uns das Ergebnis mit): _____ | |
| <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Verdacht, nicht bestätigt <input type="checkbox"/> andere _____ | |
| Typ: <input type="checkbox"/> Morbus Crohn <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Colitis, unklassifiziert | |
| HLA-B27 <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> nicht bekannt | |
| War zusätzliche Medikation notwendig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; _____ | |
| Relevante anamnestische Angaben: _____ | |
| <input type="checkbox"/> nicht bekannt/nicht verfügbar | |
| Familienanamnese (Verwandte ersten Grades betreffend) | |
| <input type="checkbox"/> Spondylarthritis <input type="checkbox"/> CED <input type="checkbox"/> JIA <input type="checkbox"/> nicht bekannt (inkl. ankylosierende Spondylitis) | |
| 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 type="text"/> | | |
| Datum | Name des Arztes | Unterschrift des Arztes |