BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 22.02.2017

Zusatzbogen für Formular "Unerwünschtes Ereignis"

Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse: Herzinsuffizienz

(Adverse event of special interest)

Patientencode:	atientencode: Datum der Visite:								
Geburtsdatum:									
Art des UE:									
Beginn Ende									
Spezifische Diagnose/Finale Diagnose:									
☐ Rechtsherzinsuffizienz ☐ Linksherzinsuffizienz ☐ Globalinsuffizienz ☐ Akute Herzinsuffizienz ☐ chronische Herzinsuffizienz ☐ Kompensiert ☐ Dekompensiert									
\square NYHA I \square N	NYHA II		□ NYHA III	\square NYHA IV					
Wurde ein Doppler-Ultraschall durc	chgeführt?		☐ nein ☐ ja	nicht bekannt					
Wenn ja, Ergebnis:									
Wurde ein EKG durchgeführt? ☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt									
Wenn ja, Ergebnis:									
Wurde eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt? ☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt									
Wenn ja, Ergebnis:									
Ggf. Ergebnis Biopsat:									
War zusätzliche Medikation notwendig? ☐ nein ☐ ja,									
Bitte teilen Sie uns Details mit:									
Relevante anamnestische Angaben:									
Risikofaktoren									
Angeborener Herzfehler	□nein	□ja	Lungenerkrankung		□ nein	□ja			
Herzklappenfehler	□nein	□ja	Diabetes mellitus		\square nein	□ja			
Herzrhythmusstörungen	□nein	□ja	Schilddrüsenerkran	kung	\square nein	□ja			
Myokarditis	□nein	□ja	Genetische Erkrank	ung	\square nein	□ja			
Kardiomyopathie	\square nein	□ja	Stoffwechselerkran	kung	\square nein	□ja			
Perikarderguß	\square nein	□ja	Autoimmunerkrank	ung	\square nein	□ja			
Hypertension	\square nein	□ja	Andere:		\square nein	□ja			

BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 22.02.2017

Eigenanam	nese bezüglich vorbeste	hender Herzinsuffizienz?		
Familienan	amnese bezüglich Herzi	nsuffizienz?		
Outcome	☐ wiederhergestellt ☐ fatal (Todesdatum:	nicht wiederhergestellt	☐ bleibender Schaden ☐ verbessert	☐ nicht bekannt ☐ verschlechtert
Datum		Name des Arztes	Unterschrift des Arztes	