

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:	<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/Finale Diagnose: _____			
<input type="checkbox"/> Rechtsherzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Linksherzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Globalinsuffizienz	
<input type="checkbox"/> Akute Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> chronische Herzinsuffizienz		
<input type="checkbox"/> Kompensiert	<input type="checkbox"/> Dekompensiert		
<input type="checkbox"/> NYHA I	<input type="checkbox"/> NYHA II	<input type="checkbox"/> NYHA III	<input type="checkbox"/> NYHA IV
Wurde ein Doppler-Ultraschall durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wenn ja, Ergebnis: _____			
Wurde ein EKG durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wenn ja, Ergebnis: _____			
Wurde eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wenn ja, Ergebnis: _____			
Ggf. Ergebnis Biopsat: _____			
War zusätzliche Medikation notwendig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____			
Bitte teilen Sie uns Details mit:			

Relevante anamnestische Angaben: _____			

Risikofaktoren			
Angeborener Herzfehler	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Myokarditis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Genetische Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kardiomyopathie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Perikarderguß	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Autoimmunerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hypertension	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Andere: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

