

BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA, 17.05.2017

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“

Unerwünschtes Ereignis von besonderem Interesse: Demyelinisierende Erkrankung (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"/>
Ist die Diagnose durch einen Neurologen bestätigt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
Wurde ein craniales MRT durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
Wenn ja, Ergebnis: _____	
Wurde eine Liquoruntersuchung 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 _____	
Therapie des Ereignisses/der demyelinisierenden Erkrankung: _____ _____	
Ist diese demyelinisierende Erkrankung neu aufgetreten	
<input type="checkbox"/> ja, neu aufgetreten Beginn der Erkrankung <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> nein, Rezidiv Erstdiagnose <input type="text"/>	
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"/>	<input type="text"/>
Datum	Name des Arztes Unterschrift des Arztes