BiKeR: Dokumentation der Therapie der JIA

Zusatzbogen für Formular „Unerwünschtes Ereignis“ (Adverse event of special interest)

Ereignis von besonderem Interesse: COVID-19-Infektion (Coronavirus SARS CoV2)

Patientencode: ☐☐☐☐☐ Datum der (Tel.-) Visite: ☐☐.☐☐.☐☐

Geburtsdatum: ☐☐.☐☐.☐☐ **Kerndoku Nr:** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Grunderkrankung: (JIA etc.) _____ **männl.**☐ / **weibl.**☐ **ggf.Impfung?** 1.☐ 2.☐ 3.☐

►Gab es eine Reaktivierung der JIA durch die Covid-Infektion oder ggf.durch eine Covid-Impfung? ☐nein ☐ja,

wenn ja, bitte Details:_____ _____

Beginn ☐☐.☐☐.☐☐ Ende: ☐☐.☐☐.☐☐

asymptomatisch: ☐

Symptome: **Fieber**☐, **Schnupfen**☐, **Husten**☐, **Kopfschmerzen**☐ sonstige Sympt.: _____

Krankenhausbehandlung: ☐ nein ; ☐ ja, vom _____ bis _____

Intensivstation. ☐ nein ; ☐ ja, vom _____bis _____

☐ Beatmung/ ☐ O2 Bedarf. ☐ nein ; ☐ ja, vom _____ bis _____ Tage gesamt ☐☐

Diagnostik: ☐ Schnelltest ☐ PCR ☐ Serologie ☐ unbekannt // **Ergebnis: positiv**☐ **negativ**☐

Grund der Testung: ☐ Aufenthalt im Risikogebiet ☐ Kontakt zu infizierter Person ☐ Symptomatik ☐ Keine Angabe

Anamnese:

Immunsuppression? ☐ Nein ☐ Ja, weil: (bitte Angabe)

respirator. Begleiterkrankung? ☐ nein ; ☐ ja,: (Art) _____ medikamentenpflichtig? ☐ Ja☐ Nein

sonst. Begleiterkrankung? ☐ nein ; ☐ ja,: (Art) _____ medikamentenpflichtig? ☐ Ja☐ Nein

Weitere für die Infektionserkrankung relevante anamnestische Angaben:_____

Medikation der letzten 14 Tage vor AE:	**Handelsname**	**Dosis und Intervall**
Kein Medikament ☐	1. _____®	_____ mg ☐ /Tag/Wo, alle ☐ Tage /Wo
	2. _____®	_____ mg ☐ /Tag/Wo, alle ☐ Tage /Wo
	3. _____®	_____ mg ☐ /Tag/Wo, alle ☐ Tage /Wo
	4. _____®	_____ mg ☐ /Tag/Wo; alle ☐ Tage /Wo

Wurde die Therapie mit MTX/dem Biologikum deswegen unterbrochen/reduziert? ☐nein ☐ja, Anzahl Tage: ☐☐

bzw. reduzierte Dosis:_____

Verwendete Medikation bei COVID-Infektion: **Keine** ☐

Name	Applikation		
_____	☐ oral	☐ i.v.	☐ andere:_____
_____	☐ oral	☐ i.v.	☐ andere:_____

Outcome ☐ wiederhergestellt ☐ nicht wiederhergestellt ☐ bleibender Schaden ☐ nicht bekannt
☐ fatal (Todesdatum: __ __.__ __.__ __) ☐ verbessert ☐ verschlechtert

☐☐.☐☐.☐☐ _____ _____

Datum Name des Arztes Unterschrift des Arztes