

Ersterhebungsbogen Seite 1

Patientencode:

Geburtsdatum:

Nationalität : _____

Ethnie: kaukasisch asiatisch afrikanisch andere: _____

Krankenversicherung: GKV PKV k.A. Familieneinkommen: hoch mittel niedrig k.A.

Einverständniserklärung, Datum von Eltern Kind >12:

Erkrankungsbeginn

Diagnose Systemischer Lupus erythematoses nach

ACR EULAR/ACR

ANA	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt
anti-DNS-Ak.	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt
Antiphospholipid-AK	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt

Andere Autoantikörper:

Begleiterkrankungen			Erstdiagnose	spezielle Diagnose:
	aktuell	jemals	Monat / Jahr	
Alkohol-, Medikamenten-, Drogenabusus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Augenerkrankung (außer Uveitis):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Endokrinolog./Stoffwechsel-Erk.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Erkrankung der Atemwege/Lunge:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Gastrointestinale Erkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Hämatologische Erkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Hauterkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Kardiovaskuläre Erkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Krebserkrankung/ Neoplasie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Lebererkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Neurologische Erkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Nierenerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Psychische Erkrankung/Depression:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Tuberkuloseerkrankung/-exposition:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Uveitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
Andere:				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	_____

Ersterhebungsbogen Seite 2

Patientencode:

Geburtsdatum:

Infektanamnese Masern nein ja Varizellen nein ja unbekannt

Impfanamnese BCG HepB Polio MMR DTP HiB
 Pneumokokken Meningokokken Varizellen HPV Rotaviren
 unbekannt

Bisherige Therapie aktuell jemals Therapiebeginn (TT.MM.JJ) Therapieende (TT.MM.JJ)

NSAR (Wirkstoff):

1.

2.

Kortikosteroid (Wirkstoff):

Vitamin D ...

(OH)Chloroquin

Azathioprin

Methotrexat

Mycophenolat mofetil

Rituximab

Cyclophosphamid

Triamcinolon i.a. Punktionen/Anz.: letzte Injektion vor Biker Start: /

Andere (inkl. Kontrazeption): _____

Krampfanzfall	jemals <input type="checkbox"/>	Arthritis	jemals <input type="checkbox"/>	Schleimhautulzera	jemals <input type="checkbox"/>
Psychose	<input type="checkbox"/>	Myositis	<input type="checkbox"/>	Pleuritis	<input type="checkbox"/>
Psychoorganisches Syndrom	<input type="checkbox"/>	Harnzylinder	<input type="checkbox"/>	Perikarditis	<input type="checkbox"/>
Sehstörung	<input type="checkbox"/>	Hämaturie > 5/Feld	<input type="checkbox"/>	Komplementerniedrigung	<input type="checkbox"/>
Hirnnervenstörung	<input type="checkbox"/>	Proteinurie > 0,5g/24h	<input type="checkbox"/>	Erhöhte anti-dsDNS-Antikörper	<input type="checkbox"/>
Lupus-Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	Leukozyturie >5/Feld	<input type="checkbox"/>	Fieber > 38°C	<input type="checkbox"/>
Zerebrovaskulärer Insult	<input type="checkbox"/>	Erythem	<input type="checkbox"/>	Thrombozytopenie < 100.000/µl	<input type="checkbox"/>
Vaskulitis	<input type="checkbox"/>	Alopezie	<input type="checkbox"/>	Leukozytopenie < 3.000/µl	<input type="checkbox"/>

Datum

Name des Arztes

Unterschrift des Arztes

Fragebogen zur Gesundheitsbewertung im Kindesalter Seite 1Aktuelles Datum: Patientencode: Geburtsdatum:

Kann Ihr Kind / kannst Du:

	OHNE Probleme	EINIGE Probleme	GROSSE Probleme	UNMÖGLICH	Nicht anwendbar
ANKLEIDEN UND KÖRPERPFLEGE					
1	<input type="radio"/>				
- Sich/Dich alleine anziehen, Schnürsenkel und Knöpfe zu machen?					
2	<input type="radio"/>				
- Sich/Dir die Haare waschen?					
3	<input type="radio"/>				
- die Socken ausziehen?					
4	<input type="radio"/>				
- die Fingernägel schneiden?					
AUFSTEHEN					
5	<input type="radio"/>				
- von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?					
6	<input type="radio"/>				
- ins Bett oder aus dem Bett steigen, oder in einem Kinderbett aufstehen?					
ESSEN					
7	<input type="radio"/>				
- Fleisch selbst schneiden?					
8	<input type="radio"/>				
- eine Tasse / Glas zum Mund führen?					
9	<input type="radio"/>				
- eine neue Packung "Cornflakes" öffnen?					
GEHEN					
10	<input type="radio"/>				
- im Freien auf ebenem Boden gehen?					
11	<input type="radio"/>				
- fünf Stufen hinaufsteigen?					
KÖRPERPFLEGE					
12	<input type="radio"/>				
- den ganzen Körper waschen und abtrocknen?					
13	<input type="radio"/>				
- baden (in die Wanne hinein- bzw. aus der Wanne heraus steigen)?					
14	<input type="radio"/>				
- sich/Dich auf die Toilette bzw. den Nachttopf setzen und davon aufstehen?					
15	<input type="radio"/>				
- Zähne putzen?					
16	<input type="radio"/>				
- Haare kämmen/bürsten?					
REICHWEITE					
17	<input type="radio"/>				
- einen schweren Gegenstand, z.B. ein großes Spiel oder Bücher, gerade über Kopfhöhe erreichen und herunter holen?					
18	<input type="radio"/>				
- sich/Dich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Stück Papier vom Boden aufzuheben?					
19	<input type="radio"/>				
- einen Pullover über den Kopf anziehen?					
20	<input type="radio"/>				
- den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?					
GREIFEN					
21	<input type="radio"/>				
- mit Kugelschreiber / Bleistift kritzeln oder schreiben?					
22	<input type="radio"/>				
- Autotüren öffnen?					
23	<input type="radio"/>				
- (z.B. Marmelade-) Gläser auf machen, die schon mal geöffnet waren?					
24	<input type="radio"/>				
- Wasserhähne auf- und zudreihen?					
25	<input type="radio"/>				
- eine Tür mit Drehknopf aufschieben?					
TÄTIGKEITEN					
26	<input type="radio"/>				
- Besorgungen machen und einkaufen?					
27	<input type="radio"/>				
- Einsteigen in ein Auto, Spielauto oder Schulbus und aussteigen?					
28	<input type="radio"/>				
- Fahrrad oder Dreirad fahren?					
29	<input type="radio"/>				
- Hausarbeiten machen (z.B. abspülen, Müll hinaus bringen, staubsaugen, Gartenarbeit, Bett machen, Zimmer reinigen)?					
30	<input type="radio"/>				
- Rennen und spielen?					

Fragebogen zur Gesundheitsbewertung im Kindesalter Seite 2

Aktuelles Datum:	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Geburtsdatum:	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
Patientencode:	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel / Hilfsgeräte an, die Ihr Kind gewöhnlich für eine der nachfolgend genannten Tätigkeiten benutzt:	
	ANKLEIDEN UND KÖRPERPFLEGE / AUFSTEHEN / ESSEN / GEHEN
<input type="radio"/>	Mein Kind benötigt für o.a. Tätigkeiten keine Hilfsmittel / -geräte
	<input type="radio"/> Gehstock <input type="radio"/> Gehwagen
	<input type="radio"/> Gehstützen <input type="radio"/> Rollstuhl
	<input type="radio"/> Hilfen zum Anziehen (Knöpfhaken, Reißverschluss, Zieher, langer Schuhanzieher o.ä.)
	<input type="radio"/> Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte
	<input type="radio"/> Spezialstuhl oder Sitzerhöhung
	<input type="radio"/> Andere Hilfsmittel (bitte angeben):

Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, bei denen Ihr Kind AUFGRUND SEINER ERKRANKUNG normalerweise die Hilfe einer anderen Person	
<input type="radio"/>	Mein Kind benötigt für oben angeführte Bereiche keine Hilfe
	<input type="radio"/> Ankleiden und Körperpflege <input type="radio"/> Gehen
	<input type="radio"/> Essen <input type="radio"/> Aufstehen

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel / Hilfsgeräte an, die Ihr Kind gewöhnlich für eine der nachfolgend genannten Tätigkeiten benutzt:	
	KÖRPERPFLEGE / REICHWEITE / GREIFEN / TÄTIGKEITEN
<input type="radio"/>	Mein Kind benötigt für o.a. Tätigkeiten keine Hilfsmittel / -geräte
	<input type="radio"/> erhöhter Toilettensitz <input type="radio"/> Badewannensitz
	<input type="radio"/> Haltegriff an der Badewanne <input type="radio"/> Badegeräte mit langem Griff (z.B. Bürste)
	<input type="radio"/> Griffverlängerung zum Erreichen von Gegenständen
	<input type="radio"/> Schraubglasöffner (z.B. für schon einmal geöffnete Marmeladegläser)

Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, bei denen Ihr Kind AUFGRUND SEINER ERKRANKUNG normalerweise die Hilfe einer anderen Person benötigt	
<input type="radio"/>	Mein Kind benötigt für oben angeführte Bereiche keine Hilfe
	<input type="radio"/> Körperpflege (Hygiene) <input type="radio"/> Greifen und Öffnen von Gegenständen
	<input type="radio"/> Bewegungen des Alltagslebens <input type="radio"/> Besorgungen und häusliche Aufgaben

Schmerz: Wir möchten gerne wissen, ob Ihr Kind durch seine Erkrankung Schmerzen hat. Wie stark schätzen Sie die krankheitsbedingten Schmerzen **während der letzten Woche** ein?
 Setzen Sie bitte unten auf der durchgezogenen Linie eine entsprechende Markierung:

0 _____ 100
 Keine Schmerzen Sehr starke Schmerzen

Gesamtbeurteilung: Bitte bewerten Sie, wie es Ihrem Kind geht, wenn Sie alle Beeinträchtigungen und Probleme durch die Erkrankung berücksichtigen, indem Sie eine Markierung unten auf der durchgezogenen Linie setzen:

0 _____ 100
 Sehr gut Sehr schlecht

Therapieverlauf Seite 1/4

Klinik/Praxis-Stempel

Monat (aktuelle Basistherapie): 0 3 6 12 18 24 30 36 42
 Weitere Dokumentation , Woche bzw. Monat:

Datum Visite:

Patientencode:

Größe: , cm Gewicht: , kg

Geburtsdatum:

Aktuelle Medikation

	Name		Tagesdosis
NSAR	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
Steroide	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
Steroidstoßtherapie	<input type="text"/>	Intervall: an <input type="text"/> Tagen alle <input type="text"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
Intraartikuläre Steroide		Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Anzahl Gelenke <input type="text"/> <input type="text"/>

	Einzeldosis	Intervall
<input type="checkbox"/> (OH) Chloroquin	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage
<input type="checkbox"/> Azathioprin	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage
<input type="checkbox"/> Methotrexat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage
<input type="checkbox"/> Mycophelolat mofetil	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage
<input type="checkbox"/> Mycophenolsäure	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage
<input type="checkbox"/> Vitamin D (Cholecalciferol)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IE	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage

Belimumab Benlysta[®] mg alle / Wochen

Patienteneinschätzung:

Wie zufrieden bist Du /sind Sie mit der Verabreichung von Belimumab ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sehr zufrieden

Überhaupt nicht zufrieden

Wie gut ist die Belimumab Infusion/Injektion handhabbar mit der verwendeten Spritze/Pen/Infusionslösung ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ohne Probleme

Sehr schwierig

Gründe für Unzufriedenheit/ Applikationsprobleme: _____

weitere Medikation	oral	parenteral			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> /Woche oder alle <input type="text"/> Tage/Wochen
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> /Woche oder alle <input type="text"/> Tage/Wochen
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> /Woche oder alle <input type="text"/> Tage/Wochen

Laborwerte

BSG	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mm/1.Std	CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/l	Hb	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	g/dl
Thrombozyten.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/nl	Leukozyten	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/µl	Lymphozyten	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/µl
Anti-DNS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		C3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dl	C4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dl
Kreatinin	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dl	Urineiweiß	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dl	Erythrozyturie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Therapieverlauf Seite 2/4**Besteht bei dem Patienten eine auf die SLE zurückzuführende**

- | | | | | | |
|--|---|-----------------------------|----------------|-------------------------------|---|
| aktive Arthritis/Arthralgien? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Splenomegalie? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hautausschlag? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Hepatomegalie? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Arterieller Hypertonus ? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Serositis? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| generalisierte Lymphadenopathie? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Fieber? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max. <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C |
| Krampfanfälle? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | AIHA? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Nierenbeteiligung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Hinweise auf ein Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |

Andere neu aufgetretene Probleme im Rahmen des SLE:

SELENA SLEDAI Score

	Punkte		Punkte		Punkte
Krampfanfall	8 <input type="checkbox"/>	Arthritis	4 <input type="checkbox"/>	Schleimhautulzera	2 <input type="checkbox"/>
Psychose	8 <input type="checkbox"/>	Myositis	4 <input type="checkbox"/>	Pleuritis	2 <input type="checkbox"/>
Psychoorganisches Syndrom	8 <input type="checkbox"/>	Harnzylinder	4 <input type="checkbox"/>	Perikarditis	2 <input type="checkbox"/>
Sehstörung	8 <input type="checkbox"/>	Hämaturie > 5/Feld	4 <input type="checkbox"/>	Komplementerniedrigung	2 <input type="checkbox"/>
Hirnnervenstörung	8 <input type="checkbox"/>	Proteinurie > 0,5g/24h	4 <input type="checkbox"/>	Erhöhte anti-dsDNS-Antikörper	2 <input type="checkbox"/>
Lupus-Kopfschmerz	8 <input type="checkbox"/>	Leukozyturie >5/Feld	4 <input type="checkbox"/>	Fieber > 38°C	1 <input type="checkbox"/>
Zerebrovaskulärer Insult	8 <input type="checkbox"/>	Erythem	2 <input type="checkbox"/>	Thrombozytopenie < 100.000/µl	1 <input type="checkbox"/>
Vaskulitis	8 <input type="checkbox"/>	Alopezie	2 <input type="checkbox"/>	Leukozytopenie < 3.000/µl	1 <input type="checkbox"/>
Gesamt-Score: _____					

Pubertätsstatus (nach Tanner 1-5) P B T nicht bestimmtMenarche nein ja, im Alter von (Jahren) nicht bekannt

Therapieverlauf Seite 3/4

Datum der Visite

Patientencode

Geburtsdatum

Aktueller Gelenkstatus Keine Gelenke mit pathologischem Befund

	Schmerz					Schwellung					Bewegungseinschränkung										
	rechts		links			rechts		links			rechts		links								
Kiefergelenke																					
Sternoclavicular																					
Schulter																					
Ellbogen																					
Hand																					
MCP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
PIP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
DIP		2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5	
Hüfte																					
Knie																					
OSG																					
USG																					
Tarsus																					
MTP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
PIP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
HWS																					
BWS																					
LWS																					
ISG																					

Bitte zutreffendes Gelenk ankreuzen oder schwärzen

Arzturteil. Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?

inaktiv  _____  aktiv

Wie beurteilen Sie den Therapieerfolg?

sehr gut gut wenig kein schlecht

Wie beurteilt der Patient den Therapieerfolg

sehr gut gut wenig kein schlecht

Liegt ein Schub der Erkrankung vor? Nein Ja

Start Schub

Nachfolgende Therapieentscheidung: _____

Ineffektivität: nein ja, Grund für Ineffektivität:

Antikörperbildung Non-compliance Absetzen anderer Medikamente
 unzureichende Dosierung unbekannt Kommentar: _____

Wurde seit der letzten Dokumentation ein Biologikum/Basistherapie beendet? nein ja

Welches: _____ Datum der letzten Anwendung

Begründung für den Therapieabbruch

Ineffektivität nein ja
 Wunsch des Patienten nein ja
 Nebenwirkungen/Unverträglichkeit nein ja Falls „ja“, bitte auf Seite 3/3 dokumentieren!
 Remission der Erkrankung nein ja
 Andere Gründe nein ja, folgende: (bitte beschreiben)

Nachfolgende Therapie/ Kommentar des Therapeuten: _____

Mögliche Folgeschäden (SLICC/ACR-Damage Index)

Datum der Visite	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Patientencode	<input type="text"/>		

	Punkte		Punkte
Augenbeteiligung		Gastrointestinale Beteiligung	
- Katarakt	1	- Infarkt oder Resektion von Darm distal des Duodenums, Milz, Leber oder Gallenblase (2, wenn beide Seiten betroffen sind)	1 (2)
- Retinale Veränderungen oder Optikusatrophie	1	- Mesenterialinsuffizienz	1
Neuropyschiatrische Veränderungen		- Chronische Peritonitis	1
- Kognitive Defizite oder Psychose	1	- Striktur oder Notwendigkeit einer operativen Therapie im oberen GI-Trakt	1
- Krampfanfälle	1	Muskuloskeletale Schäden	
- Zerebrovaskuläre Ereignisse (2, wenn > 1 Ereignis)	1 (2)	- Muskelatrophie oder Schwäche	1
- Zentrale oder periphere Neuropathie	1	- Deformierende oder erosive Arthritis	1
- Transverse Myelitis	1	- Osteoporose mit Frakturen oder vertebralen Sinterungsfrakturen	1
Renale Schäden		- Avaskuläre Nekrose (2, wenn mehr als eine)	1 (2)
- GFR < 50%	1	- Osteomyelitis	1
- Proteinurie $\geq 3,5$ g/24h ODER	1	Haut	
- Terminales Nierenversagen	3	- Vernarbende chronische Alopezie	1
Pulmonale Schäden		- Exzessive Vernarbungen außerhalb von Kopfhaut oder Bindegewebe	1
- Pulmonale Hypertension	1	- Ulzerationen (außer Thrombosen) über sechs Monate	1
- Lungenfibrose	1	Vorzeitige Gonadeninsuffizienz	1
- Pleurafibrose (radiologisch)	1	Diabetes	1
- Shrinking Lung Syndrom (radiolog.)	1	Maligne Erkrankungen, (2, wenn mehr als eine Seite betroffen)	1 (2)
- Lungeninfarkt (radiologisch)	1		
Kardiovaskuläre Schäden		Gesamt-Score: _____	
- Angina pectoris oder koronararterieller Bypass	1		
- Myokardinfarkt (2, wenn mehr als ein Ereignis)	1 (2)		
- Kardiomyopathie	1		
- Herzklappenschäden	1		
- Perikarditis für 6 Monate oder Perikardektomie	1		
Periphere vaskuläre Schäden			
- Klaudikatio für mind. 6 Monate	1		
- Kleine Bindegewebsschäden	1		
- Signifikante Gewebeverluste (z. B. Verlust eines Fingers oder Zehe, 2, wenn beide Seiten betroffen)	1 (2)		
- Venöse Thrombosen	1		