

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:

Geburtsdatum:

Größe: cm

Gewicht: kg

Aktuelle Medikation

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

	Einzeldosis	Intervall
<input type="checkbox"/> (OH) Chloroquin	<input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage
<input type="checkbox"/> Azathioprin	<input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage
<input type="checkbox"/> Methotrexat	<input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage
<input type="checkbox"/> Mycophelolat mofetil	<input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage
<input type="checkbox"/> Mycophenolsäure	<input type="text"/> mg	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage
<input type="checkbox"/> Vitamin D (Cholecalciferol)	<input type="text"/> IE	<input type="text"/> / Woche oder alle <input type="text"/> Tage
<input type="checkbox"/> Belimumab Benlysta®	<input type="text"/> mg	alle <input type="text"/> / 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"/> 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"/> mg	<input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> /Woche oder alle <input type="text"/> Tage/Wochen
<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"/>	mm/1.Std	CRP	<input type="text"/>	mg/l	Hb	<input type="text"/>	g/dl
Thrombozyten	<input type="text"/>	/nl	Leukozyten	<input type="text"/>	/µl	Lymphozyten	<input type="text"/>	/µl
Anti-DNS	<input type="text"/>		C3	<input type="text"/>	mg/dl	C4	<input type="text"/>	mg/dl
Kreatinin	<input type="text"/>	mg/dl	Urineiweiß	<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 bestimmt

Menarche 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: _____

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUFSTEHEN					
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESSEN					
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GEHEN					
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
KÖRPERPFLEGE					
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
REICHWEITE					
17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GREIFEN					
21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TÄTIGKEITEN					
26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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	Muskuloskelettale 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 vertebrealen 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		