



**Therapieverlauf Seite 4/4**

**Unerwünschtes Ereignis**

Pat.-Code |\_|\_|\_|\_|\_|\_| Geburtsdatum |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Klinik/Praxis-Stempel

Auftreten eines unerwünschten Ereignisses seit der letzten Visite?  nein  ja, bitte unten dokumentieren  
 Auftreten eines unerwünschten Ereignisses von besonderem Interesse: (bitte spezielles Formblatt zusätzlich ausfüllen:  
 kann unter [www.biker-register.de](http://www.biker-register.de) ausgedruckt werden)

<input type="checkbox"/> Anaphylaxie/Hypersensitivität <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen (incl. Psoriasis) <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) <input type="checkbox"/> Covid19 <input type="checkbox"/> Demyelinisierende Erkrankungen <input type="checkbox"/> Depression/Suzidalität <input type="checkbox"/> Frakturen <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Perforation <input type="checkbox"/> Hepatische Ereignisse (mit Transaminasenerhöhung) <input type="checkbox"/> Hepatitis B Reaktivierung	<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Ineffektivität/Krankheitschub <input type="checkbox"/> Infektionen, schwer <input type="checkbox"/> Infektionen, opportunistisch (incl. TBC) <input type="checkbox"/> Kardiovaskuläres Event <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen (ILD) <input type="checkbox"/> Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS) <input type="checkbox"/> Maligne Erkrankungen <input type="checkbox"/> Off-label.Use <input type="checkbox"/> Progressive multifokale Leukoenzephalopathie (PML)	<input type="checkbox"/> Probleme mit Verabreichung/Dosis <input type="checkbox"/> Sarkoidose/sarkoidale Reaktion <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Serumkrankheit <input type="checkbox"/> Systemischer Lupus erythematoses <input type="checkbox"/> Thrombotische Ereignisse <input type="checkbox"/> Uveitis <input type="checkbox"/> Vaskulitis <input type="checkbox"/> Wachstumsstörung <input type="checkbox"/> Zytopenie/hämatolog. Reaktion
--	---	--

AE-Anfang |\_|\_|\_|\_|\_| AE-Ende |\_|\_|\_|\_|\_|

**Ereignis** (kurze Beschreibung der Symptome und Diagnostikergebnisse, welche die Diagnose bestätigen)

Finale / Entlassungs-Diagnose \_\_\_\_\_  unbekannt

<p><b>Kodierung Qualität</b></p> <input type="checkbox"/> Todesfolge <input type="checkbox"/> Lebensbedrohend <input type="checkbox"/> Hospitalisierung <input type="checkbox"/> bleibende Behinderung <input type="checkbox"/> bösartiger Tumor/Malignom <input type="checkbox"/> med. bedeutende Überdosierung <input type="checkbox"/> angeborene Anomalie oder <input type="checkbox"/> Geburtsfehler <input type="checkbox"/> notfallmäßig med. Intervention <input type="checkbox"/> nicht schwerwiegend	<p><b>Kodierung Intensität</b></p> <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> ernsthaft	<p><b>AE-Ausgang</b></p> <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> bleibender Schaden <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert  Ggf. Todesdatum <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ _ _ _ _ </span>	<p><b>Kausalität (Kodierung Kausalität)</b></p> 1 = sicher                                      4 = unwahrscheinlich 2 = wahrscheinlich                           5 = kein Zusammenhang 3 = möglich                                      6 = unbekannt																
		<p><input type="checkbox"/> Grunderkrankung                      <input type="checkbox"/> Begleiterkrankung</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abatacept</td> <td><input type="checkbox"/> MTX</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adalimumab</td> <td><input type="checkbox"/> Sulfasalazin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anakinra</td> <td><input type="checkbox"/> Secukinumab</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Baricitinib</td> <td><input type="checkbox"/> Tocilizumab</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Canakinumab</td> <td><input type="checkbox"/> Tofacitinib</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Etanercept</td> <td><input type="checkbox"/> (OH)-Chloroquin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Golimumab</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Weitere: _____</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Abatacept	<input type="checkbox"/> MTX	<input type="checkbox"/> Adalimumab	<input type="checkbox"/> Sulfasalazin	<input type="checkbox"/> Anakinra	<input type="checkbox"/> Secukinumab	<input type="checkbox"/> Baricitinib	<input type="checkbox"/> Tocilizumab	<input type="checkbox"/> Canakinumab	<input type="checkbox"/> Tofacitinib	<input type="checkbox"/> Etanercept	<input type="checkbox"/> (OH)-Chloroquin	<input type="checkbox"/> Golimumab		<input type="checkbox"/> Weitere: _____	
<input type="checkbox"/> Abatacept	<input type="checkbox"/> MTX																		
<input type="checkbox"/> Adalimumab	<input type="checkbox"/> Sulfasalazin																		
<input type="checkbox"/> Anakinra	<input type="checkbox"/> Secukinumab																		
<input type="checkbox"/> Baricitinib	<input type="checkbox"/> Tocilizumab																		
<input type="checkbox"/> Canakinumab	<input type="checkbox"/> Tofacitinib																		
<input type="checkbox"/> Etanercept	<input type="checkbox"/> (OH)-Chloroquin																		
<input type="checkbox"/> Golimumab																			
<input type="checkbox"/> Weitere: _____																			

Medikation der letzten 14 Tage vor AE:	Handelsname	Dosis und Intervall
<input type="checkbox"/> Kein Medikament	1. _____®	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ _ </span> mg / <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </span> Tag/Wo, alle <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </span> Tage /Wo
	2. _____®	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ _ </span> mg / <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </span> Tag/Wo, alle <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </span> Tage /Wo
	3. _____®	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ _ </span> mg / <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </span> Tag/Wo, alle <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </span> Tage /Wo

Wurde die Therapie mit dem Basismedikament unterbrochen  nein  ja, Anzahl ausgelassener Tage |\_|

Besserung des Ereignisses nach Beendigung der Medikation?  nein  ja

**Relevante Laborparameter**

Parameter	Wert	Einheit	Normalbereich
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

|\_|\_|\_|\_| Datum                                      \_\_\_\_\_ Name des Arztes                                      \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes