



**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):

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

**Fragebogen zur Gesundheitsbewertung im Kindesalter** Seite 2

Aktuelles Datum:	_ _ _ _ _ _ _	Patientencode:	_ _ _ _ _ _ _	Geburtsdatum:	_ _ _ _ _ _ _
------------------	---------------	----------------	---------------	---------------	---------------

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel / Hilfsgeräte an, die Ihr

Kind gewöhnlich für eine der nachfolgend genannten Tätigkeiten benutzt:

	<b>ANKLEIDEN UND KÖRPERPFLEGE / AUFSTEHEN / ESSEN / GEHEN</b>	
<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:

	<b>KÖRPERPFLEGE / REICHWEITE / GREIFEN / TÄTIGKEITEN</b>	
<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"/> Mycophenolat 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<sup>®</sup>          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"/>	/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 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Therapieverlauf** Seite 4/4

Klinik/Praxis-Stempel

**Unerwünschtes Ereignis**

Pat.-Nr  (vom Koordinationszentrum auszufüllen)

Pat.-Code

Geburtsdatum

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"/> Hypertension                             | <input type="checkbox"/> Sarkoidose / sarkoidale Reaktion |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen (incl. Psoriasis)           | <input type="checkbox"/> Ineffektivität/Krankheitsschub           | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                     |
| <input type="checkbox"/> Blutungen   | <input type="checkbox"/> Infektionen, schwer                      | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft                  |
| <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Damerkrankungen (CED)      | <input type="checkbox"/> Infektionen, opportunistisch (incl. TBC) | <input type="checkbox"/> Serumkrankheit                   |
| <input type="checkbox"/> Demyelinisierende Erkrankungen                    | <input type="checkbox"/> Kardiovaskuläres Event                   | <input type="checkbox"/> Renale Ereignisse                |
| <input type="checkbox"/> Depression/Suizidalität                           | <input type="checkbox"/> Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS)     | <input type="checkbox"/> Thrombotische Ereignisse         |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Perforation                     | <input type="checkbox"/> Maligne Erkrankung                       | <input type="checkbox"/> Uveitis                          |
| <input type="checkbox"/> Hepatische Ereignisse (mit Transaminasenerhöhung) | <input type="checkbox"/> Off-label-Use                            | <input type="checkbox"/> Vaskulitis                       |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B Reaktivierung                         | <input type="checkbox"/> Probleme mit Verabreichung/Dosis         | <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

**Kodierung Qualität**

- Todesfolge
- Lebensbedrohend
- Hospitalisierung
- bleibende Behinderung
- bösartiger Tumor/Malignom
- med. bedeutende Überdosierung
- angeborene Anomalie oder Geburtsfehler
- notfallmäßig med. Intervention
- nicht schwerwiegend

**Kodierung Intensität**

- leicht
- moderat
- schwer
- ernsthaft

**AE-Ausgang**

- wiederhergestellt
- nicht wiederhergestellt
- bleibender Schaden
- unbekannt
- Exitus
- verbessert
- verschlechtert

Ggf. Todesdatum

**Kausalität** (Ziffer/Kodierung s.u.)

- Grunderkrankung**
- Begleiterkrankung**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MTX             | <input type="checkbox"/> Azathioprin |
| <input type="checkbox"/> Steroide        | <input type="checkbox"/> Abatacept   |
| <input type="checkbox"/> MMF             | <input type="checkbox"/> Belimumab   |
| <input type="checkbox"/> (OH-)Chloroquin | <input type="checkbox"/> Rituximab   |
|  | <input type="checkbox"/> Tocilizumab |

**Weitere Medikamente:**

**Kodierung Kausalität**

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| 1 = sicher         | 4 = unwahrscheinlich  |
| 2 = wahrscheinlich | 5 = kein Zusammenhang |
| 3 = möglich        | 6 = unbekannt         |

**Medikation der letzten 14 Tage vor AE**

**Handelsname**

**Dosis und Intervall**

Kein Medikament

- |    |  |  |
|----|--|--|
| 1. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg | <input type="text"/> /Tag/Wo, alle <input type="text"/> Tage /Wo |
| 2. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg | <input type="text"/> /Tag/Wo, alle <input type="text"/> Tage /Wo |
| 3. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg | <input type="text"/> /Tag/Wo, alle <input type="text"/> Tage /Wo |
| 4. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg | <input type="text"/> /Tag/Wo; alle <input type="text"/> Tage /Wo |

Wurde die Therapie mit dem Basismedikament unterbrochen  nein  ja, Anzahl ausgelassene Applikationen

Besserung des Ereignisses nach Beendigung der Medikation?  nein  ja

**Relevante Laborparameter**

Parameter	Wert	Einheit	Normalbereich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum

Name des Arztes

Unterschrift des Arztes



**Mögliche Folgeschäden (SLICC/ACR-Damage Index)**

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

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