

Ersterhebungsbogen Seite 1

Klinik/Praxis-Stempel

Patientencode: weiblich männlich
 Geburtsdatum:

Nationalität : _____

Ethnie: kaukasisch asiatisch afrikanisch andere: _____

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

Einverständniserklärung, Datum von Eltern Kind > 12J.

Diagnose nach ILAR (JIA)

Erkrankungsbeginn

- Enthesitis-assoziierte Arthritis
- Psoriasisarthritis

Familienanamnese

Spondylarthropathie in der Familie ja nein

Psoriasis in der Familie ja nein

ANA	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt
HLA-B27	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt
CCP-Antikörper	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt

Begleiterkrankungen

	aktuell	jedmal	Erstdiagnose Monat / Jahr	spezielle Diagnose:
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 (z.B. Psoriasis):	<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"/>	_____

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	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
AUFSTEHEN					
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0
ESSEN					
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0
GEHEN					
10	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0
KÖRPERPFLEGE					
12	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0
REICHWEITE					
17	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0
GREIFEN					
21	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	0
TÄTIGKEITEN					
26	0	0	0	0	0
27	0	0	0	0	0
28	0	0	0	0	0
29	0	0	0	0	0
30	0	0	0	0	0

Fragebogen zur Gesundheitsbewertung im Kindesalter Seite 2Aktuelles Datum: Patientencode: Geburtsdatum:

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel / Hilfsgeräte an, die Ihr

Kind gewöhnlich für eine der nachfolgend genannten Tätigkeiten benutzt:

ANKLEIDEN UND KÖRPERPFLEGE / AUFSTEHEN / ESSEN / GEHEN Mein Kind benötigt für o.a. Tätigkeiten keine Hilfsmittel / -geräte Gehstock Gehwagen Gehstützen Rollstuhl Hilfen zum Anziehen (Knöpfhaken, Reißverschluss, Zieher, langer Schuhanzieher o.ä.) Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte Spezialstuhl oder Sitzerrhöhung Andere Hilfsmittel (bitte angeben):Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, bei denen Ihr Kind **AUFGRUND SEINER****ERKRANKUNG** normalerweise die Hilfe einer anderen Person Mein Kind benötigt für oben angeführte Bereiche keine Hilfe Ankleiden und Körperpflege Gehen Essen Aufstehen

Bitte kreuzen Sie alle Hilfsmittel / Hilfsgeräte an, die Ihr

Kind gewöhnlich für eine der nachfolgend genannten Tätigkeiten benutzt:

KÖRPERPFLEGE / REICHWEITE / GREIFEN / TÄTIGKEITEN Mein Kind benötigt für o.a. Tätigkeiten keine Hilfsmittel / -geräte erhöhter Toilettensitz Badewannensitz Haltegriff an der Badewanne Badegeräte mit langem Griff (z.B. Bürste) Griffverlängerung zum Erreichen von Gegenständen 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 Mein Kind benötigt für oben angeführte Bereiche keine Hilfe Körperpflege (Hygiene) Greifen und Öffnen von Gegenständen Bewegungen des Alltagslebens Besorgungen und häusliche AufgabenSchmerz: 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 1/6

Klinik/Praxis-Stempel

Monat (aktuelle Therapie): 0 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30
33 36 39 42 45 48 51 54 57 60 anderer Monat:

Datum Visite:

Patientencode:

Geburtsdatum:

Größe: , cm

Gewicht: , kg

BSG mm/1.Std CRP mg/l oder CRP mg/dl nicht bestimmt

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="checkbox"/> Tagen alle <input type="checkbox"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
Intraartikulär	Datum: <input type="text"/>		Anzahl Gelenke <input type="text"/> <input type="text"/>

Biologika/DMARD

	Route	Handelsname	Einzel-dosis	Intervall	ggf. Restart am
<input type="checkbox"/> Methotrexat	<input type="checkbox"/> p.o <input type="checkbox"/> s.c		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> / Woche oder alle <input type="checkbox"/> Tage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sulfasalazin			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> / Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tofacitinib			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> / Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Abatacept:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg alle	<input type="checkbox"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Adalimumab:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg alle	<input type="checkbox"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Etanercept		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> Woche oder alle <input type="checkbox"/> Tage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Golimumab:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg alle	<input type="checkbox"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Secukinumab:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg alle	<input type="checkbox"/> Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tocilizumab:		<input type="text"/> ®	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg alle	<input type="checkbox"/> Wochen (i.v. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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="checkbox"/> /Tag	<input type="checkbox"/> /Woche	alle <input type="checkbox"/> Tage
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> /Tag	<input type="checkbox"/> /Woche	alle <input type="checkbox"/> Tage
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> /Tag	<input type="checkbox"/> /Woche	alle <input type="checkbox"/> Tage

Besteht bei dem Patienten eine auf die JIA zurückzuführende

aktive Gelenkentzündung? nein ja Splenomegalie? nein ja
 Hautausschlag? nein ja Hepatomegalie? nein ja
 Uveitis? nein ja Serositis? nein ja
 generalisierte Lymphadenopathie? nein ja Fieber? nein ja, max. °C
 Hinweise auf ein Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS)? nein ja
 Morgensteifigkeit? nein ja, min

Knochendichtemessung erfolgt? nein ja Datum unbekannt

Ergebnis: normal verändert

Pubertätsstatus (nach Tanner 1-5) P B T nicht bestimmt

Menarche nein ja, im Alter von (Jahre) unbekannt

Therapieverlauf Seite 2/6

Datum der Visite

Patientencode



Geburtsdatum

Aktueller Gelenkstatus Keine Gelenke mit pathologischem Befund

	Schmerz					Schwellung					Bewegungseinschränkung									
	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: _____

Therapieverlauf Seite 3/6Datum der Visite Patientencode Geburtsdatum **Ineffektivität:** nein ja, Grund für Ineffektivität: Antikörperbildung Non-compliance Absetzen anderer Medikamente unzureichende Dosierung unbekannt

Kommentar: _____

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

Welches: _____

Datum der letzten Anwendung **Begründung für den Therapieabbruch**Ineffektivität nein jaWunsch des Patienten nein jaNebenwirkungen/Unverträglichkeit nein ja Falls „ja“, bitte auf Seite 3/3 dokumentieren!

Remission der Erkrankung bzw.

Erreichen einer inaktiven Erkrankung nein jaAndere Gründe nein ja, folgende: (bitte beschreiben)Nachfolgende Therapie/ Kommentar des Therapeuten
_____**Tapering / Dosisreduktion oder Intervallverlängerung**Wurde seit der letzten Dokumentation die Dosis des Biologikums(Basistherapie vermindert oder das Applikationsintervall verlängert) nein ja

Welches: _____

Datum der Änderung **Begründung für Tapering / Dosisreduktion / Intervallverlängerung**Ineffektivität nein jaWunsch des Patienten nein jaNebenwirkungen/Unverträglichkeit nein ja Falls „ja“, bitte auf Seite 3/3 dokumentieren!

Remission der Erkrankung bzw.

Erreichen einer inaktiven Erkrankung nein jaAndere Gründe nein ja, folgende: (bitte beschreiben)Nachfolgende Therapie/ Kommentar des Therapeuten

Therapieverlauf Seite 4/6

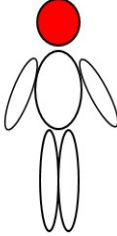
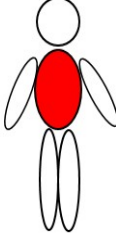

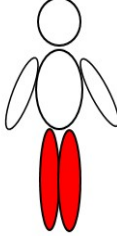
Datum der Visite

Patientencode

Geburtsdatum

Nur bei Patienten mit jPsA ausfüllen: (sonst weiter auf S.5/6)

Psoriasis Area Severity Index (PASI)

	Kopf	Körper	Arme	Beine
				
Fläche	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> <10% <input type="checkbox"/> 10-29% <input type="checkbox"/> 30-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70-89% <input type="checkbox"/> 90-100%	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> <10% <input type="checkbox"/> 10-29% <input type="checkbox"/> 30-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70-89% <input type="checkbox"/> 90-100%	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> <10% <input type="checkbox"/> 10-29% <input type="checkbox"/> 30-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70-89% <input type="checkbox"/> 90-100%	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> <10% <input type="checkbox"/> 10-29% <input type="checkbox"/> 30-49% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70-89% <input type="checkbox"/> 90-100%
Rötung	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Dicke	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Schuppung	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

links	DAKTYLITIS Finger	rechts
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
	Zehen	
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

Therapieverlauf Seite 5/6

Datum der Visite

Patientencode

Geburtsdatum

Nur bei Patienten mit ERA ausfüllen: (sonst weiter auf S.6/6)

Enthesitisdruckpunkte

vorne

hinten

Summe alle ___ / 27
MASES ___ / 13
(nur grau hinterlegte)

Costosternalgelenke

Spina iliaca anterior superior
Beckenkamm

Trochanter major

Insertion Quadrizeps
obere / untere Patellagrenze

Supraspinatus Ansatz an
Tuberositas humeri

Epicondylus lat/med humeri

Spina iliaca posterior superior
Proc. spinosus LWK 5

Achillessehnenansatz
Calcanealer Ansatz Plantarfaszie

Rückenschmerz (über die letzten 7 Tage)



Nächtlicher Rückenschmerz (über die letzten 7 Tage)



Modifizierter Schober-Test: _____ . _____ cm

(In stehender Position Markierung der Linie zwischen den Fossae lumbales laterals als 0. Abmessung von 10 cm nach kranial und Markierung. Bitten den Patienten vorneüberzubeugen. Messung der Distanz zwischen den beiden Markierungen. Zweimalige Messung, angegeben wird der größere Wert.)

Therapieverlauf Seite 6/6

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 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 Darmerkrankungen (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"/> Systemischer Lupus erythematoses |
| <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 Diagnostikergbnisse, 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**
- MTX Abatacept
- Sulfasalazin Adalimumab
- (OH-)Chloroquin Secukinumab
- Etanercept
- Golimumab
- 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 <input type="checkbox"/>	1. <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"/> mg <input type="text"/> /Tag/Wo, alle <input type="text"/> Tage /Wo
	3. <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"/> 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