

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

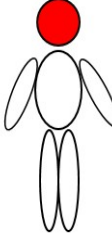
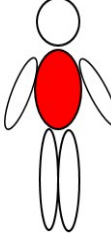
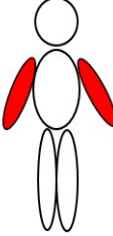
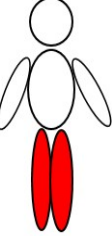
Datum der Visite

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.)

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

Kann Ihr Kind / kannst Du:

	OHNE Probleme	FEINIGE 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"/>
- 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?					
AUFSTEHEN					
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?					
ESSEN					
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?					
GEHEN					
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?					
KÖRPERPFLEGE					
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?					
REICHWEITE					
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?					
GREIFEN					
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 zudrehen?					
25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- eine Tür mit Drehknopf aufschieben?					
TÄTIGKEITEN					
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 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	
<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 Sitzerrhöhung	
	<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