

Kerndokumentation rheumakranker Kinder- und Jugendlicher 2020

Hier bitte „Einrichtungsetikett“ aufkleben!

ID-Nr.: _____
 Bitte ID-Nummer eintragen unter welcher Patient geführt wird!
 Hier Etikett für neue / erstmalig dokumentierte Patientinnen und Patienten aufkleben!

Ärztlicher Bogen – AID (Autoinflammatorische Erkrankungen)

Erhebungsdatum _____ 2 | 0
Tag Monat

Geburtsjahr des Patienten _____ Monat/Jahr
Geschlecht ₁ weiblich ₂ männlich
Körpergröße _____ cm
Körpergewicht _____ kg
Erkrankungsbeginn _____ Monat/Jahr unbekannt
Diagnosestellung _____ (Monat/Jahr)
Betreuungsbeginn _____ Monat/Jahr
Herkunftsland mütterl. Familie: _____ **Herkunftsland väterl. Familie:** _____

Rheumatologische Hauptdiagnose (bitte angeben, ob genetisch gesichert und wenn ja, welche Mutation)

Familiäres Mittelmeerfieber **4 0 0** CAPS (NOMID / MWS / FCAS) **4 0 7**
 Hyper-IgD-Syndrom **4 0 1** andere autoinflammatorische Erkrankung **4 0 4**
 TRAPS/TRAPS-like **4 0 2** _____

Genetisch gesichert? ₁ ja, bitte Gen-Mutation angeben _____
₂ nein _____

Weitere rheumatologische Diagnosen _____

Bitte beachten: aktuell = Therapie zum jetzigen Zeitpunkt einschl. Neuverordnungen am Tag der Dokumentation, ausschl. heute abgesetzt

Allgemeine Therapie		aktuell	letzte 12 Mon.	DMARD-Therapie		aktuell	Beginn: MMJJJJ	letzte 12 Mon.
NSAR		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Colchicin		<input type="radio"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Glukokortikoide, systemisch:				Anakinra		<input type="radio"/>	_____	<input type="checkbox"/>
< 0,2 mg pro kg Körpergewicht		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Canakinumab		<input type="radio"/>	_____	<input type="checkbox"/>
≥ 0,2 mg pro kg Körpergewicht		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Etanercept [#]		<input type="radio"/>	_____	<input type="checkbox"/>
i.v. Pulstherapie		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Thalidomid		<input type="radio"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Antibiotika		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	andere _____		<input type="radio"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Vitamin D		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="radio"/>	_____	<input type="checkbox"/>
keine Therapie		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	keine DMARD-Therapie		<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>
*Bitte Handelsname angeben. Bei bisher nicht zugelassenen Therapien, bitte „off label use“ dokumentieren.				Therapieansprechen: <input type="radio"/> ₁ gut <input type="radio"/> ₂ mäßig <input type="radio"/> ₃ schlecht				

Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?

inaktiv hoch aktiv

0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

Fieberschübe (in letzten 12 Monaten)				Klinik			
_____ Anzahl, durchschnittliche Dauer: _____ Tage				Konjunktivitis	aktuell <input type="radio"/>	jemals <input type="checkbox"/>	nie <input type="radio"/>
Labor (aktuell)				periorbitale Ödeme	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
BSG _____ mm/h (1. Std.)		<input type="radio"/> n. b.		Aphthen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
CRP _____ mg/l		<input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> n. b.	Lymphknotenschwellung	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Serum-Amyloid-A _____ mg/l		<input type="radio"/> n. b.		Perikarditis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
IgA _____ g/l		<input type="radio"/> n. b.		Pleuritis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
IgD _____ IU/ml		<input type="radio"/> n. b.		Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Eiweiß im SU _____ g/24 Std.		<input type="radio"/> n. b.		Peritonitis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Prot/Krea-Quotient _____ g/g		<input type="radio"/> n. b.		Orchitis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Positive Familienanamnese				Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
AID	<input type="radio"/> ₁ ja	<input type="radio"/> ₂ nein	<input type="radio"/> ₃ unb.	Myalgien	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Amyloidose	<input type="radio"/> ₁ ja	<input type="radio"/> ₂ nein	<input type="radio"/> ₃ unb.	Exanthem	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Konsanguinität der Eltern	<input type="radio"/> ₁ ja	<input type="radio"/> ₂ nein	<input type="radio"/> ₃ unb.	Amyloidose	<input type="radio"/> ₁ ja	<input type="radio"/> ₂ nein	