



**Lokalisation und Anzahl osteomyelitischer Herde** (Bitte jeweils Zahl der Herde eintragen)

Betroffene Knochenregion	Jemals im Verlauf (klinisch und/oder bildgebend)	Aktuell / Zuletzt	
		klinisch	bildgebend
Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sternum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clavicula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humerus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metacarpalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tibia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcaneus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metatarsalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere:			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Letzte Bildgebung:**        
Monat                      Jahr

MRT     Ganzkörper  
 Szintigraphie     lokal

Die nachfolgenden Angaben bitte nur bei Erstdokumentation ausfüllen.

**Symptome/Befunde bei Erstmanifestation/-vorstellung**

Fieber (> 38 Grad)                       symmetrische Läsionen  
 normwertiges Blutbild                       guter Allgemeinzustand  
 Assoziation mit anderen Autoinflammationserkrankungen  
 Verwandte 1. oder 2. Grades mit Autoimmun-, Autoinflammationserkrankungen oder NBO

**Probeexzision**

<sub>1</sub> ja, wann:        
Monat                      Jahr                       <sub>2</sub> nein

**Histologischer Befund**

lymphozytär                       granulozytär                       Mischbild (lymphozytär-granulozytär)                       fibrosierend

**Mikrobiologische Untersuchung des Biopsates**

konventionell kulturell                       <sub>1</sub> steril                       <sub>2</sub> Keim: \_\_\_\_\_  
 Diagnostik auf Mykobakterien                       <sub>1</sub> steril                       <sub>2</sub> Ergebnis: \_\_\_\_\_  
 PCR                       <sub>1</sub> negativ                       <sub>2</sub> Ergebnis: \_\_\_\_\_  
 keine mikrobiologische Untersuchung durchgeführt

**Bildgebung bei Erstvorstellung**

Röntgen                       Osteolyse/-sklerose                       Hyperostose                       unauffällig  
    nicht durchgeführt

MRT                       positives T2/TIRM Signal                       KM Aufnahme positiv                       Weichteilbeteiligung  
    unauffällig                       nicht durchgeführt

Szintigraphie                       lokale Anreicherung                       unauffällig                       nicht durchgeführt