

Kerndokumentation rheumakranker Kinder- und Jugendlicher 2020

Ärztlicher Bogen - SLE

Hier bitte „Einrichtungsetikett“ aufkleben!

ID-Nr.:
Bitte ID-Nummer eintragen, unter welcher Pat. geführt wird!

Hier Etikett für neue / erstmalig dokumentierte Patientinnen und Patienten aufkleben!

Erhebungsdatum **20**
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

Rheumatologische Hauptdiagnose **SLE** **0 0 1** ₁ gesichert ₂ Verdacht

Weitere rheumatologische Diagnosen

Welche Symptome führten zum Verdacht bzw. zur Diagnosestellung? _____

Welche Kriterien waren bei Diagnosestellung erfüllt? Kreuzen Sie bitte die zutreffenden an.
Einschluss-Kriterium: Nachweis eines positiven ANA-Titers mittels Hep-2 Immunfluoreszenz >1:80.

Allgemein- befinden	<input type="radio"/> Fieber >38,3 C, nicht anders erklärbar	Niere	<input type="radio"/> Proteinurie > 0,5g/24 Stunden
Haut und Schleimhaut	<input type="radio"/> Nicht-vernarbende Alopezie <input type="radio"/> Orale Ulzera <input type="radio"/> Subakut-kutaner oder diskoider Lupus <input type="radio"/> Akuter kutaner Lupus		<input type="radio"/> Nieren-Biopsie mit Klasse II oder V Lupusnephritis <input type="radio"/> Nierenbiopsie mit Klasse III oder IV Lupusnephritis
Gelenke	<input type="radio"/> Synovitis oder Druckschmerzhaftigkeit in ≥ 2 Gelenken oder ≥ 30 min Morgensteifigkeit	Antiphospholipid-AK	<input type="radio"/> anti-Cardiolipin-Antikörper positiv (mit mittleren oder hohen Units) oder anti- β 2-GP1 positiv oder Lupusantikoagulant positiv
ZNS	<input type="radio"/> Delirium <input type="radio"/> Psychose <input type="radio"/> Krampfanfall	Komplement	<input type="radio"/> Niedriges C3 oder niedriges C4 <input type="radio"/> Niedriges C3 und niedriges C4
Serosa	<input type="radio"/> Pleuraler oder perikardialer Erguss <input type="radio"/> Akute Perikarditis	Hoch spezifische Antikörper	<input type="radio"/> Anti-dsDNA-Antikörper <input type="radio"/> Anti-Smith-Antikörper
Hämatologie	<input type="radio"/> Leukopenie <input type="radio"/> Thrombozytopenie <input type="radio"/> Autoimmunhämolyse	EULAR/ACR classification criteria for SLE. Ann Rheum Dis. 2019 Sep;78(9):1151-1159.	

Sind andere Familienmitglieder von einem SLE betroffen? ₁ ja, und zwar: _____
₂ nein

Liegt eine Nierenbeteiligung vor? ₁ ja, und zwar seit: Monat Jahr ₂ nein

Falls ja, wurde eine Biopsie durchgeführt? ₁ ja ₂ nein

Falls ja, bitte Lupus-Nephritis Klasse ankreuzen: ₁ I ₂ II ₃ III ₄ IV ₅ V ₆ VI

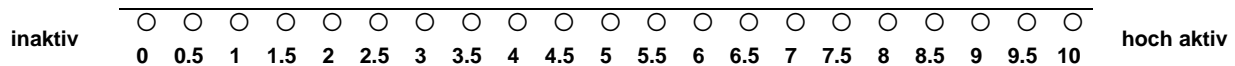
Bitte beachten: aktuell = Therapie zum jetzigen Zeitpunkt einschl. Neuverordnungen am Tag der Dokumentation, ausschl. heute abgesetzt

Allgemeine Therapie	letzte		DMARD-Therapie	Beginn:		letzte
	aktuell	12 Mon.		aktuell	Monat/Jahr	
NSAR	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	HCQ/CQ	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Glukokortikoide, systemisch			MTX <i>aktuell:</i> <input type="radio"/> oral <input type="radio"/> parenteral	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
< 0,2 mg pro kg Körpergewicht	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Azathioprin	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
$\geq 0,2$ mg pro kg Körpergewicht	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Cyclophosphamid			
i.v. Pulstherapie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<i>aktuell:</i> <input type="radio"/> oral <input type="radio"/> i.v.	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Lipidsenker	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Cyclosporin A	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
ACE-Hemmer/AT-II-Antag.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Mycophenolat-Mofetil	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Calcium-Antagonisten	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Rituximab [#]	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin D	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Belimumab	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonate	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	andere _____	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Heparin/Marcumar	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	keine DMARD-Therapie	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>
low-dose ASS	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	[#] Bitte Handelsnamen angeben Bei bisher nicht zugelassenen Therapien, bitte „off label use“ dokumentieren.			
keine Therapie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				

Bitte beachten Sie auch die Fragen auf der Rückseite!

Organbeteiligung	aktuell	jemals	nie	Labor (aktuell)	
Allgemeinsymptome	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Hämoglobin	<input type="text"/> , <input type="text"/> g/dl <input type="radio"/> n. b.
ZNS	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Leukozyten	<input type="text"/> , <input type="text"/> x 10 ³ /μl <input type="radio"/> n. b.
Niere	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Lymphozyten	<input type="text"/> , <input type="text"/> x 10 ³ /μl <input type="radio"/> n. b.
†Eiweiß im Sammelurin <input type="text"/> , <input type="text"/> g/l 24 h			<input type="radio"/> n. b.	Thrombozyten	<input type="text"/> x 10 ³ /μl <input type="radio"/> n. b.
†Protein/Kreatinin-Quotient <input type="text"/> , <input type="text"/> g/g			<input type="radio"/> n. b.	BSG	<input type="text"/> mm/h <input type="radio"/> n. b.
Herz	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Kreatinin	<input type="text"/> , <input type="text"/> mg/dl <input type="radio"/> n. b.
Lunge	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	IgG	<input type="text"/> mg/dl <input type="radio"/> n. b.
Darm	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	C3 vermindert	<input type="radio"/> ₁ ja <input type="radio"/> ₂ nein <input type="radio"/> ₃ n. b.
Muskulatur	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	C4 vermindert	<input type="radio"/> ₁ ja <input type="radio"/> ₂ nein <input type="radio"/> ₃ n. b.
Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Labor (jemals)	
Auge	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	ANA	<input type="checkbox"/> ₁ positiv <input type="checkbox"/> ₂ negativ <input type="checkbox"/> ₃ n. b.
Haut/Schleimhaut	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	dsDNA-Ak	<input type="checkbox"/> ₁ positiv <input type="checkbox"/> ₂ negativ <input type="checkbox"/> ₃ n. b.
Lymphknotenschwellung,				Anti-Sm	<input type="checkbox"/> ₁ positiv <input type="checkbox"/> ₂ negativ <input type="checkbox"/> ₃ n. b.
Hepato-/Splenomegalie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Antiphospholipid-Ak	<input type="checkbox"/> ₁ positiv <input type="checkbox"/> ₂ negativ <input type="checkbox"/> ₃ n. b.
Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Lupus-Antikoagulans	<input type="checkbox"/> ₁ positiv <input type="checkbox"/> ₂ negativ <input type="checkbox"/> ₃ n. b.
† bitte aktuelle Werte eintragen; n. b.=nicht bestimmt				IgA-Mangel	<input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₂ nein <input type="checkbox"/> ₃ n. b.

Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?



SLEDAI 2K

Bitte ankreuzen, wenn der Deskriptor zurzeit des Arztbesuchs oder während der 30 vorausgehenden Tage vorgelegen hat bzw. vorliegt.

Neurologische Manifestationen

- Anfall
- Psychose
- Psychoorganisches Syndrom
- Sehstörung
- Hirnnerven-Störung
- Lupus-Kopfschmerz

Vaskuläre Komplikationen

- Zerebrovaskulärer Insult
- Vaskulitis

Muskel- und Gelenkmanifestationen

- Arthritis (mehr als zwei Gelenke mit Schmerz und Entzündungszeichen (also Empfindlichkeit, Schwellung oder Erguss))
- Myositis

Renale Manifestationen

- Harnzylinder (granuläre Zylinder oder Erythrozyten-Zylinder)
- Hämaturie (> 5 Erythrozyten im Mikroskopierfeld bei 400facher Vergrößerung (high power field, hpf); Steine, Infektion oder andere Ursachen müssen ausgeschlossen werden)
- Proteinurie (> 0,5 g/24 Stunden)
- Pyurie (> 5 Leukozyten im Mikroskopierfeld bei 400facher Vergrößerung; Ausschluss einer Infektion)

Haut- und Schleimhäute

- Exanthem
- Alopezie
- Schleimhautulzera

Serositiden

- Pleuritis
- Perikarditis

Immunologische Manifestationen

- erhöhte dsDNA-Antikörper
- Komplementerniedrigung

Allgemeine Manifestationen

- Fieber (> 38°C; Ausschluss einer infektiösen Ursache)

Hämatologische Manifestationen

- Leukozytopenie (< 3.000 Leukozyten pro μl; Ausschluss einer medikamentösen Ursache)
- Thrombozytopenie (< 100.000 Thrombozyten pro μl; Ausschluss einer medikamentösen Ursache)