

# Kerndokumentation rheumakranker Kinder- und Jugendlicher 2020

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!

## Ärztlicher Bogen – Vaskulitiden

<b>Erhebungsdatum</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   <b>2   0</b>	Tag	Monat
<b>Geburtsjahr des Patienten</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Monat/Jahr	
<b>Körpergröße</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		
<b>Erkrankungsbeginn</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Monat/Jahr	<input type="radio"/> unbekannt
<b>Diagnosestellung</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Monat/Jahr	<b>Betreuungsbeginn</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Rheumatologische Hauptdiagnose**

<input type="radio"/> <sub>1</sub> Takayasu-Arteriitis	<b>0 2 6</b>	<input type="radio"/> <sub>7</sub> Mikroskopische Polyangiitis	<b>0 2 1</b>
<input type="radio"/> <sub>2</sub> Systemische Polyarteriitis nodosa	<b>0 2 0</b>	<input type="radio"/> <sub>8</sub> IgA-Vaskulitis (Purpura Schönlein Henoch)	<b>0 2 5</b>
<input type="radio"/> <sub>3</sub> Kutane Polyarteriitis	<b>0 2 0</b>	<input type="radio"/> <sub>9</sub> Kryoglobulinämische Vaskulitis	<b>0 3 0</b>
<input type="radio"/> <sub>4</sub> Kawasaki-Syndrom	<b>0 3 3</b>	<input type="radio"/> <sub>10</sub> Behçet Erkrankung	<b>0 2 9</b>
<input type="radio"/> <sub>5</sub> Granulomatose mit Polyangiitis	<b>0 2 2</b>	<input type="radio"/> <sub>11</sub> Primäre Angiitis des ZNS	<b>0 3 4</b>
<input type="radio"/> <sub>6</sub> Eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis	<b>0 2 3</b>	<input type="radio"/> <sub>12</sub> sonstige systemische Vaskulitiden	<b>0 3 2</b>

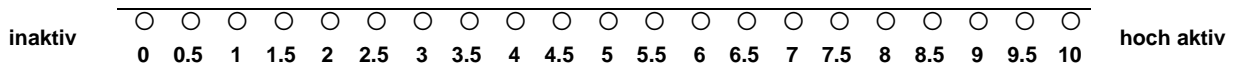
**Diagnosesicherheit**     <sub>1</sub> gesichert     <sub>2</sub> Verdacht

**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 Monat/Jahr	letzte 12 Mon.
NSAR	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	MTX <i>aktuell:</i> <input type="radio"/> oral <input type="radio"/> parenteral	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Glukokortikoide, systemisch:			Azathioprin	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
< 0,2 mg pro kg Körpergewicht	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Cyclophosphamid			
≥ 0,2 mg pro kg Körpergewicht	<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="checkbox"/>
i.v. Pulstherapie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Cyclosporin A	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin D	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Mycophenolat-Mofetil	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonate	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Adalimumab <sup>#</sup>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
ACE-Hemmer/AT-II-Antag.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Rituximab <sup>#</sup>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Low-dose ASS	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Infliximab <sup>#</sup>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Heparin/Marcumar	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Tocilizumab	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>keine allgemeine Therapie</b>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	andere	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<sup>#</sup> Bitte Handelsnamen angeben. Bei bisher nicht zugelassenen Therapien, bitte „off label use“ dokumentieren.			<b>keine DMARD-Therapie</b>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>

### Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?



<b>Labor</b>	<b>jemals</b>	<b>aktuell</b>
p-ANCA	<input type="radio"/> <sub>1</sub> pos. <input type="radio"/> <sub>2</sub> neg. <input type="radio"/> <sub>3</sub> n.b.	BSG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/h (1. Std.) <input type="radio"/> n.b.
c-ANCA	<input type="radio"/> <sub>1</sub> pos. <input type="radio"/> <sub>2</sub> neg. <input type="radio"/> <sub>3</sub> n.b.	
ANA	<input type="radio"/> <sub>1</sub> pos. <input type="radio"/> <sub>2</sub> neg. <input type="radio"/> <sub>3</sub> n.b.	CRP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/l <input type="radio"/> neg. <input type="radio"/> n.b.
dsDNA-Ak	<input type="radio"/> <sub>1</sub> pos. <input type="radio"/> <sub>2</sub> neg. <input type="radio"/> <sub>3</sub> n.b.	
<i>neg. = negativ, pos. = positiv, n.b. = nicht bestimmt</i>		

### Diagnosesicherung (bei Wiederdokumentation keine Angabe erforderlich)

Biopsie	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>2</sub> nein	Angiographie	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>2</sub> nein
klinische Diagnose	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>2</sub> nein	wenn ja:	<input type="radio"/> konventionell <input type="radio"/> CT <input type="radio"/> MRT
andere Methode	<input type="radio"/> <sub>1</sub> ja <input type="radio"/> <sub>2</sub> nein		

**Bitte auch die Fragen auf der Rückseite beachten!**

# Pädiatrischer Vaskulitis Aktivitäts Score (PVAS)

Kreuzen Sie bitte das zutreffende Kästchen (○) an:

**keine** - wenn keine entsprechenden Symptome/Befunde bestehen

**aktiv** - wenn die Symptome/Befunde neu bzw. innerhalb der letzten 3 Monate aufgetreten sind oder zur Änderung der Therapie führten

	keine	aktiv		keine	aktiv
<b>1. Allgemeinsymptome</b>	<input type="radio"/>		<b>6. Kardiovaskuläres System</b>	<input type="radio"/>	
Myalgie		<input type="radio"/>	Kein palpabler Puls		<input type="radio"/>
Arthralgie oder Arthritis		<input type="radio"/>	Arterielle Gefäßgeräusche		<input type="radio"/>
Fieber $\geq 38,0^\circ\text{C}$		<input type="radio"/>	Seitengetrennte Blutdruckdifferenzen		<input type="radio"/>
Gewichtsverlust $\geq 5\%$ des Körpergewichtes		<input type="radio"/>	Claudicatio (Extremitäten)		<input type="radio"/>
<b>2. Haut</b>	<input type="radio"/>		Angina pectoris		<input type="radio"/>
Polymorphes Exanthem		<input type="radio"/>	Kardiomyopathie		<input type="radio"/>
Livedo		<input type="radio"/>	Herzinsuffizienz		<input type="radio"/>
Panniculitis		<input type="radio"/>	Herzklappenerkrankung		<input type="radio"/>
Purpura		<input type="radio"/>	Perikarditis		<input type="radio"/>
Hautknoten		<input type="radio"/>	<b>7. Abdomen</b>	<input type="radio"/>	
Infarkt (z.B. Läsionen am Nagelrand)		<input type="radio"/>	Bauchschmerzen		<input type="radio"/>
Ulzera		<input type="radio"/>	Peritonitis		<input type="radio"/>
Gangrän (ausgeprägte Nekrose)		<input type="radio"/>	Blut im Stuhl oder blutige Diarrhoen		<input type="radio"/>
Andere Hautvaskulitis (bitte genaue Diagnose angeben): .....		<input type="radio"/>	Darmischämie (Angina abdominalis)		<input type="radio"/>
<b>3. Schleimhäute/ Augen</b>	<input type="radio"/>		<b>8. Niere</b>	<input type="radio"/>	
Mundschleimhautulzera/Granulome		<input type="radio"/>	Hypertonus $> 95.$ Perzentile (entspr. Körpergröße)		<input type="radio"/>
Genitale Ulzera		<input type="radio"/>	Proteinurie $> 0,3\text{ g}/24\text{h}$ , $>20\text{ mmol}/\text{mg}$ Kreatinin		<input type="radio"/>
Adnexitis		<input type="radio"/>	Hämaturie $\geq 2+$ oder 5 Erys/Gesichtsfeld oder Erythrozytenzylinder		<input type="radio"/>
Signifikante Proptosis		<input type="radio"/>	GFR $50-80\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$		<input type="radio"/>
(Epi)Skleritis		<input type="radio"/>	GFR $15-49\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$		<input type="radio"/>
Konjunktivitis/Blepharitis/Keratitis		<input type="radio"/>	GFR $<15\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$		<input type="radio"/>
Uveitis		<input type="radio"/>	Kreatininanstieg $> 10\%$ oder Abfall der Kreatininclearance (GFR) $> 25\%$		<input type="radio"/>
Unscharfes Sehen		<input type="radio"/>	<b>9. Nervensystem</b>	<input type="radio"/>	
Plötzlicher Sehverlust		<input type="radio"/>	Kopfschmerzen		<input type="radio"/>
Retinale Vaskulitis/retinale Gefäßthrombose, retinale Exsudate/Blutungen		<input type="radio"/>	Meningitis/Enzephalitis		<input type="radio"/>
<b>4. Hals, Nase, Ohren</b>	<input type="radio"/>		Organisch bedingte Verwirrtheit/ Kognitive Dysfunktion		<input type="radio"/>
Nasaler Ausfluss / Borken / Ulzera / Granulome		<input type="radio"/>	Krampfanfälle (nicht hypertoniebedingt)		<input type="radio"/>
Nasennebenhöhlenbeteiligung		<input type="radio"/>	Schlaganfall		<input type="radio"/>
Subglottische Stenose/Heiserkeit/Stridor		<input type="radio"/>	Rückenmarkläsion		<input type="radio"/>
Schalleitungsschwerhörigkeit		<input type="radio"/>	Hirnnervenlähmung		<input type="radio"/>
Schallempfindungsschwerhörigkeit		<input type="radio"/>	Sensorische periphere Neuropathie		<input type="radio"/>
<b>5. Brustkorb/ Lunge</b>	<input type="radio"/>		Motorische Mononeuritis multiplex		<input type="radio"/>
Giemen oder expiratorische Dyspnoe		<input type="radio"/>	<b>10. Andere</b>	<input type="radio"/>	
Endobronchiale/endotracheale Beteiligung		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Knoten oder Kavernen		<input type="radio"/>	.....		
Pleuraerguss/Pleuritis		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Infiltrate		<input type="radio"/>			
Massive Hämoptyse/Alveoläre Blutung		<input type="radio"/>	<b>„Nur“ persistierend aktive Erkrankung:</b>		
Respiratorische Insuffizienz		<input type="radio"/>	Bitte nur ankreuzen, wenn die o.g. Befunde innerhalb der letzten 28 Tage <u>nicht</u> neu aufgetreten sind bzw. sich in dieser Zeit <u>nicht</u> verschlechtert haben.		<input type="checkbox"/>