

# Kerndokumentation rheumakranker Kinder- und Jugendlicher 2021

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 - Sklerodermie/MCTD/Overlap

Erhebungsdatum            (TT/MM/JJJJ) **2 1**

Geburtsmonat/-jahr       (MM/JJJJ) **Geschlecht**  weiblich  männlich

Körpergröße     cm **Körpergewicht**    kg

Erkrankungsbeginn       (MM/JJJJ)  unbekannt

Diagnosestellung       (MM/JJJJ) **Betreuungsbeginn**     (MM/JJJJ)

**Rheumatologische Hauptdiagnose**

systemische Sklerose (diffus) **0 0 3**  CREST-Syndrom **0 1 8**  gesichert

systemische Sklerose (limitiert) **0 0 4**  MCTD **0 1 2**  Verdacht

zirkumskripte Sklerodermie **0 1 7**  anderes Overlap **0 1 3**

**Weitere rheumatologische Diagnosen**

**Wurde die Patientin/der Patient bisher jemals positiv auf SARS-CoV-2 getestet?**

nein  ja → Welcher Test wurde durchgeführt?  PCR  Antigen-Test  Antikörper-Test  
 and. Test:   unbek.

Falls positiver Test: → Symptome  ja  nein  
→ stationärer Aufenthalt  ja  nein

**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"/>	HCQ/CQ	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Glukokortikoide, systemisch:			D-Penicillamin	<input type="radio"/>	<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="checkbox"/>
≥ 0,2 mg pro kg Körpergewicht	<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"/>
i.v. Pulstherapie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Mycophenolat-Mofetil	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
ACE-Hemmer/AT-II-Antagon.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Cyclophosphamid			
Calcium-Antagonisten	<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"/>
Prostaglandin-Analogen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	andere# <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Endothelinrezeptorantagonist	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Protonenpumpenhemmer	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<b>keine DMARD-Therapie</b>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>
Vitamin D	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<i>#Bitte Handelsnamen angeben</i>			
<b>keine Therapie</b>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Bei bisher nicht zugelassenen Therapien, bitte „off label use“ dokumentieren.</i>			

**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

Labor jemals	positiv	negativ	nicht bestimmt	Labor aktuell
ANA	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	C3 vermindert: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bestimmt
dsDNA-Ak	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	C4 vermindert: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bestimmt
Anti-Ro/SS-A	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Creatinkinase erhöht: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bestimmt
Anti-La/SS-B	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Hb <input type="text"/> , <input type="text"/> g/dl <input type="radio"/> nicht bestimmt
Anti-Sm	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	BSG <input type="text"/> mm/h (1. Std.) <input type="radio"/> nicht bestimmt
Anti-U1 RNP	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	CRP <input type="text"/> , <input type="text"/> mg/l <input type="radio"/> neg. <input type="radio"/> n.b.
Anti-Scl70	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
Anti-Centromer	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
Anti-Jo-1	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
Rheumafaktor	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
Anti-Cardiolipin	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
Lupus-Antikoagulans	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
Anti-β 2-Glycoprotein	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	

n.b. = nicht bestimmt, neg. = negativ

Bitte auch die Fragen auf der Rückseite beachten!

	pathologisch bzw. aktuell	vorhanden jemals	nie	nicht untersucht / nicht bekannt
<b>Skin</b>				
Scleredema	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Induration proximal to MCP	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Induration distal to MCP	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sclerodactyly	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calcinosis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heliotrope rash	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gottron papule	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vascular</b>				
Vasculitis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livedo reticularis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raynaud	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digital infarct /Digital pitting	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nailfold capillaries	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capillaroscopy	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gastrointestinal</b>				
Weight loss	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dysphagia	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrhea / Constipation	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastroesophageal Reflux	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Respiratory</b>				
Cough	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dyspnoea	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pleuritis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Basal crackles	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DLCO	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FVC	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chest HRCT	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulmonary Hypertension	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Renal</b>				
Serum creatinine	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urinary protein	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blood pressure	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renal crisis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Cardiac</b>				
Pericarditis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiac failure	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arrhythmia	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Neurological</b>				
Seizures	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Headache	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carpaltunnel syndrome	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peripheral neuropathy	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CNS MRI	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Musculoskeletal</b>				
Muscle strength	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tendon friction rubs	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthralgia	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>