

# Kerndokumentation rheumakranker Kinder- und Jugendlicher 2023

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 – CNO / CRMO

Erhebungsdatum       | 2 | 3 | (TT/MM/JJ)

Geburtsmonat/-jahr     (MM/JJJJ)

Körpergröße    cm

Erkrankungsbeginn       (MM/JJJJ)

Diagnosestellung       (MM/JJJJ)

**Geschlecht** <sub>1</sub> weiblich <sub>2</sub> männlich

**Körpergewicht**    kg

unbekannt

**Betreuungsbeginn**     (MM/JJJJ)

**Rheumatologische Hauptdiagnose** CNO / CRMO  2  4  3 <sub>1</sub> gesichert

**Weitere rheumatologische Diagnosen**     <sub>2</sub> Verdacht

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: MM/JJJJ	letzte 12 Mon.
NSAR, welches _____	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	MTX <small>aktuell: <input type="radio"/> oral <input type="radio"/> s.c.</small>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Glukokortikoide, systemisch	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Etanercept#: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
< 0,2 mg pro kg Körpergewicht		<input type="checkbox"/>	Adalimumab#: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
≥ 0,2 mg pro kg Körpergewicht		<input type="checkbox"/>	Bisphosphonat: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin D	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	andere#: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
keine Therapie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	keine Therapie	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>

Bitte denken Sie bei Verdacht auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen an die entsprechende Meldung an die AkdÄ bzw. Bundesoberbehörden.

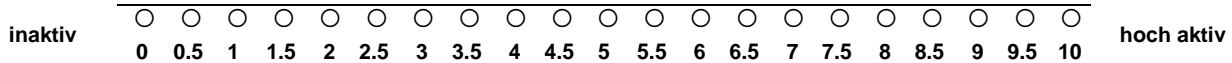
#Bitte Handelsnamen angeben.  
Bei bisher nicht zugelassenen Therapien, bitte „off label use“ dokumentieren.

### Labor

BSG aktuell    mm/h (1. Std.)  nicht bestimmt CRP aktuell    mg/l  negativ  nicht bestimmt

HLA-B27 <sub>1</sub> positiv <sub>2</sub> negativ <sub>3</sub> nicht bestimmt

### Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?



### Extramedulläre Beteiligung (aktuell)

Periostreaktion und/oder Weichteilödem  Kortikale Verdickung oder Hyperostose  keine

### Wirbelkörperbeteiligung (aktuell)

radiolog. aktive Wirbelkörperläsion (Ödem)  Wirbelkörperdeformierung  keine

### Gelenkbeteiligung (aktuell oder anamnestisch)

periphere Arthritis  Sakroiliitis  keine

### Klassifikationskriterien (nach ILAR) erfüllt?

Enthesitis-assoziierte Arthritis <sub>1</sub> ja <sub>2</sub> nein

Psoriasisarthritis <sub>1</sub> ja <sub>2</sub> nein

### Hautbeteiligung (aktuell oder anamnestisch)

Akne  Psoriasis  Pustulosis palmoplantaris  keine

### Lungenveränderungen (im Rahmen CNO)

<sub>1</sub> ja <sub>2</sub> nein

### Chronisch entzündliche Darmerkrankung (aktuell oder anamnestisch)

<sub>1</sub> ja <sub>2</sub> nein

### Chronisches Schmerzsyndrom

<sub>1</sub> ja <sub>2</sub> nein

Generalisierter Muskelskelettschmerz an mindestens 3 Körperstellen für mindestens 3 Monate bei fehlender entzündlicher Krankheitsaktivität.

### Hypermobilität

<sub>1</sub> ja <sub>2</sub> nein

Beighton-Score:

### Hypophosphatasie (AP erniedrigt, unterhalb alters-/geschlechtsabhängiger Norm)

<sub>1</sub> ja <sub>2</sub> nein

Bitte beachten Sie auch die Fragen auf der Rückseite!

**Lokalisation und Anzahl osteomyelitischer Herde ( bitte Zahl der Herde eintragen)**

Betroffene Knochenregion	jemals im Verlauf		aktive Läsionen aktuell	
	klinisch und/ oder bildgebend		klinisch Arzt/Patient gemeinsam	MRT aktuell bzw. letztes (pos. T2-STIR/TIRM- Signal)
Mandibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sternum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clavicula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humerus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tibia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcaneus	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Letztes MRT:**          
 Monat                      Jahr                       Ganzkörper                       lokal

Die nachfolgenden Angaben bitte nur bei Erstdokumentation ausfüllen.

**Fieber initial (> 38 Grad)?**                      <sub>1</sub> ja                      <sub>2</sub> nein

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

**MRT initial**

<sub>1</sub> positives T2-STIR/TIRM- Signal                      <sub>2</sub> unauffällig                      <sub>3</sub> nicht durchgeführt

<sub>1</sub> Ganzkörper                      <sub>2</sub> lokal: \_\_\_\_\_

**Wie wurde die Diagnose gestellt** (Mehrfachangaben möglich):

- klinisch                       radiologisch                       histopathologisch
- nach Score von Roderick                       nach Score von Jansson

Falls Score von Roderick angewendet, bitte angeben:

- Vorhandensein typischer klinischer Befunde (Knochenschmerzen +/- lokalisierte Schwellung ohne signifikante lokale oder systemische Zeichen einer Entzündung oder Infektion)
- Vorhandensein typischer radiologischer Befunde (Röntgen: Kombination aus lytischen Bereichen, Sklerose und Knochen-neubildung oder vorzugsweise STIR MRT: Knochenmarködem +/- Knochenanbau, lytische Bereiche und periostale Reaktion)
- mehr als ein Knochen (oder Clavicula allein) betroffen ohne signifikant erhöhtes CRP (< 30 g/L)
- falls unifokaler Befall (ausgenommen Clavicula) oder CRP > 30 g/L mit entzündlichen Veränderungen in der Knochenbiopsie (Plasmazellen, Osteoklasten, Fibrose, Sklerose) ohne bakterielles Wachstum, sofern keine Antibiotikatherapie durchgeführt wird

Falls Score von Jansson angewendet, bitte angeben:

**Hauptkriterien**

- radiologisch bestätigte osteolytische/sklerotische Knochenläsion
- Multifokale Knochenläsionen
- Pustulosis palmoplantaris oder Psoriasis
- Sterile Knochenbiopsie mit Anzeichen von Entzündung und/oder Fibrose, Sklerose

**Nebenkriterien**

- Normales Blutbild und guter allgemeiner Gesundheitszustand
- CRP und BSG mild bis moderat erhöht
- Beobachtungszeit länger als 6 Monate
- Hyperostosis
- Assoziation mit anderen autoimmunen oder autoinflammatorischen Erkrankungen (außer Pustulosis palmoplantaris, Psoriasis)
- Verwandte 1. oder 2. Grades mit autoimmuner oder autoinflammatorischer Erkrankung oder NBO