

Kerndokumentation rheumakranker Kinder- und Jugendlicher 2023

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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 3 (TT/MM/JJ)	Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Geburtsmonat/-jahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM/JJJJ)	Körpergröße	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Körpergröße	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Körpergewicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Erkrankungsbeginn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM/JJJJ)	unbekannt	<input type="radio"/>
Diagnosestellung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM/JJJJ)	Betreuungsbeginn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM/JJJJ)

Rheumatologische Hauptdiagnose **SLE** **0 0 1** gesichert 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"/> Nieren-Biopsie mit Klasse II oder V Lupusnephritis
	<input type="radio"/> Orale Ulzera		<input type="radio"/> Nierenbiopsie mit Klasse III oder IV Lupusnephritis
	<input type="radio"/> Subakut-kutaner oder diskoider Lupus	Antiphospholipid-AK	<input type="radio"/> anti-Cardiolipin-Antikörper positiv (> 40 Units) oder anti-β2-GP1 positiv oder Lupusantikoagulanz positiv
	<input type="radio"/> Akuter kutaner Lupus	Komplement	<input type="radio"/> Niedriges C3 oder niedriges C4
Gelenke	<input type="radio"/> Synovitis oder Druckschmerzhaftigkeit (in ≥ 2 Gelenken oder ≥ 30 min Morgensteifigkeit)		<input type="radio"/> Niedriges C3 und niedriges C4
ZNS	<input type="radio"/> Delirium	Hochspezifische Antikörper	<input type="radio"/> Anti-dsDNA-Antikörper
	<input type="radio"/> Psychose		<input type="radio"/> Anti-Smith-Antikörper
	<input type="radio"/> Krampfanfall		
Serosa	<input type="radio"/> Pleuraler oder perikardialer Erguss	EULAR/ACR classification criteria for SLE. Ann Rheum Dis. 2019 Sep;78(9):1151-1159.	
	<input type="radio"/> Akute Perikarditis		
Hämatologie	<input type="radio"/> Leukopenie (<4 x 10 ³ /μl)		
	<input type="radio"/> Thrombozytopenie (<100 x 10 ³ /μl)		
	<input type="radio"/> Autoimmunhämolyse		

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

Liegt eine Nierenbeteiligung vor? ja, und zwar seit: (MM/JJJJ) nein

Falls ja, wurde eine Biopsie durchgeführt? ja nein

Falls ja, bitte Lupus-Nephritis Klasse ankreuzen: I II III IV V VI

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="text"/>	<input type="checkbox"/>
Glukokortikoide, systemisch < 0,2 mg pro kg Körpergewicht	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	MTX <i>aktuell:</i> <input type="radio"/> oral <input type="radio"/> s.c.	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Glukokortikoide, systemisch ≥ 0,2 mg pro kg Körpergewicht	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Azathioprin	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
i.v. Pulstherapie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Cyclophosphamid <i>aktuell:</i> <input type="radio"/> oral <input type="radio"/> i.v.	<input type="radio"/>	<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="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="checkbox"/>
Calcium-Antagonisten	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Rituximab#	<input type="radio"/>	<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="checkbox"/>
Bisphosphonate	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	andere#	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Heparin/Marcumar	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
low-dose ASS	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	keine DMARD-Therapie	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>
keine Therapie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	*Bitte bei Biosimilar-Verordnung Handelsnamen angeben. Bei bisher nicht zugelassenen Therapien, bitte „off label use“ dokumentieren.			

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"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> n. b.
ZNS	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Leukozyten	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> n. b.
Niere	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Lymphozyten	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> n. b.
†Eiweiß im Sammelurin	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="radio"/> n. b.	Thrombozyten	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> n. b.
†Protein/Kreatinin-Quotient	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="radio"/> n. b.	BSG	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> n. b.
Herz	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Kreatinin	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> n. b.
Lunge	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	IgG	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<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
Muskulatur	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	C4 vermindert	<input type="radio"/> 1 ja	<input type="radio"/> 2 nein
Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Labor (jemals)		
Augen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	ANA	<input type="checkbox"/> 1 positiv	<input type="checkbox"/> 2 negativ
Haut/Schleimhaut	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	dsDNA-Ak	<input type="checkbox"/> 1 positiv	<input type="checkbox"/> 2 negativ
Lymphknotenschwellung,				Anti-Sm	<input type="checkbox"/> 1 positiv	<input type="checkbox"/> 2 negativ
Hepato-/Splenomegalie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Antiphospholipid-Ak	<input type="checkbox"/> 1 positiv	<input type="checkbox"/> 2 negativ
Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Lupus-Antikoagulans	<input type="checkbox"/> 1 positiv	<input type="checkbox"/> 2 negativ
				IgA-Mangel	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nein
					<input type="checkbox"/> 3 n. b.	<input type="checkbox"/> 3 n. b.

†bitte aktuelle Werte eintragen; n.b.=nicht bestimmt

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

SLEDAI 2K (Disease Activity)

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 400-facher 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)