

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 – Primäre Vaskulitiden

Erhebungsdatum 2 3 (TT/MM/JJ)

Geburtsmonat/-jahr (MM/JJJJ) **Geschlecht** 1 weiblich 2 männlich

Körpergröße cm **Körpergewicht** kg

Erkrankungsbeginn (MM/JJJJ) unbekannt

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

Rheumatologische Hauptdiagnose

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

Diagnosesicherheit 1 gesichert 2 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 <small>aktuell: <input type="radio"/> oral <input type="radio"/> s.c.</small>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Glukokortikoide, systemisch:	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/Tag	Azathioprin	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
< 0,2 mg pro kg Körpergewicht		<input type="checkbox"/>	Cyclophosphamid			
≥ 0,2 mg pro kg Körpergewicht		<input type="checkbox"/>	<small>aktuell: <input type="radio"/> oral <input type="radio"/> i.v.</small>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
i.v. Pulstherapie*		<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cyclosporin A	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin D	<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="checkbox"/>
Bisphosphonate	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Adalimumab [#]	<input type="radio"/>	<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"/>	Rituximab [#]	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Low-dose ASS	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Infliximab [#]	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Heparin/Marcumar	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Tocilizumab	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
keine allgemeine Therapie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	andere [#]	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
			keine DMARD-Therapie	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>

*Bitte kumulative Anzahl der i.v. Pulse in den letzten 12 Monaten angeben. Bei bisher nicht zugelassenen Therapien, bitte „off label use“ dokumentieren.
[#]Bitte bei Biosimilar-Verordnung Handelsnamen angeben.

Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?

inaktiv 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 **hoch aktiv**

Labor	jemals	aktuell
c-ANCA/PR3 (ELISA)	<input type="radio"/> 1 pos. <input type="radio"/> 2 neg. <input type="radio"/> 3 n.b.	BSG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/h (1. Std.) <input type="radio"/> n.b.
p-ANCA/MPO	<input type="radio"/> 1 pos. <input type="radio"/> 2 neg. <input type="radio"/> 3 n.b.	CRP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/l <input type="radio"/> neg. <input type="radio"/> n.b.
c-ANCA (IFT)	<input type="radio"/> 1 pos. <input type="radio"/> 2 neg. <input type="radio"/> 3 n.b.	
p-ANCA (IFT)	<input type="radio"/> 1 pos. <input type="radio"/> 2 neg. <input type="radio"/> 3 n.b.	
ANA	<input type="radio"/> 1 pos. <input type="radio"/> 2 neg. <input type="radio"/> 3 n.b.	

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

Diagnosesicherung (bei Wiederdokumentation keine Angabe erforderlich)

Biopsie 1 ja 2 nein

Angiographie 1 ja 2 nein

klinische Diagnose 1 ja 2 nein

wenn ja: konventionell CT MRT

Organbeteiligung	aktuell	jemals	nie	aktuell	jemals	nie	
Haut/Schleimhaut	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Darm	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Niere	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Nervensystem	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Herz/Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Auge	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Lunge	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	anderes <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
HNO	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>				

Bitte beachten Sie auch die Fragen auf der Rückseite!

Pädiatrischer Vaskulitis Aktivitäts Score (PVAS)

Kreuzen Sie bitte das zutreffende Kästchen (O) 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
1. Allgemeinsymptome	<input type="radio"/>		6. Kardiovaskuläres System	<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"/>
2. Haut	<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"/>	7. Abdomen	<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"/>
3. Schleimhäute/ Augen	<input type="radio"/>		8. Niere	<input type="radio"/>	
Mundschleimhautulzera/Granulome		<input type="radio"/>	Hypertonus > 95. Perzentile (entspr. Körpergröße)		<input type="radio"/>
Genitale Ulzera		<input type="radio"/>	Proteinurie > 0,3 g/24h, >20 mmol/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 ml/min/1,73m ²		<input type="radio"/>
(Epi)Skleritis		<input type="radio"/>	GFR 15-49 ml/min/1,73m ²		<input type="radio"/>
Konjunktivitis/Blepharitis/Keratitis		<input type="radio"/>	GFR <15 ml/min/1,73m ²		<input type="radio"/>
Uveitis		<input type="radio"/>	Kreatininanstieg > 10% oder		<input type="radio"/>
Unscharfes Sehen		<input type="radio"/>	Abfall der Kreatininclearance (GFR) > 25%		<input type="radio"/>
Plötzlicher Sehverlust		<input type="radio"/>	9. Nervensystem	<input type="radio"/>	
Retinale Vaskulitis/retinale Gefäßthrombose, retinale Exsudate/Blutungen		<input type="radio"/>	Kopfschmerzen		<input type="radio"/>
4. Hals, Nase, Ohren	<input type="radio"/>		Meningitis/Enzephalitis		<input type="radio"/>
Nasaler Ausfluss / Borsten / Ulzera / Granulome		<input type="radio"/>	Organisch bedingte Verwirrtheit/ Kognitive Dysfunktion		<input type="radio"/>
Nasennebenhöhlenbeteiligung		<input type="radio"/>	Krampfanfälle (nicht hypertoniebedingt)		<input type="radio"/>
Subglottische Stenose/Heiserkeit/Stridor		<input type="radio"/>	Schlaganfall		<input type="radio"/>
Schalleitungsschwerhörigkeit		<input type="radio"/>	Rückenmarkläsion		<input type="radio"/>
Schallempfindungsschwerhörigkeit		<input type="radio"/>	Hirnnervenlähmung		<input type="radio"/>
5. Brustkorb/ Lunge	<input type="radio"/>		Sensorische periphere Neuropathie		<input type="radio"/>
Giemen oder expiratorische Dyspnoe		<input type="radio"/>	Motorische Mononeuritis multiplex		<input type="radio"/>
Endobronchiale/endotracheale Beteiligung		<input type="radio"/>	10. Andere	<input type="radio"/>	
Knoten oder Kavernen		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Pleuraerguss/Pleuritis		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Infiltrate		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Massive Hämoptyse/Alveoläre Blutung		<input type="radio"/>	„Nur“ persistierend aktive Erkrankung:		
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"/>