

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		2 4 (TT/MM/JJ)	und Patienten aufkleben!							
Geburtsmonat/-jahr		(MM/JJJJ)	Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich						
Körpergröße		cm	Körpergewicht	kg						
Erkrankungsbeginn		(MM/JJJJ)	☐ unbekannt							
Diagnosestellung		(MM/JJJJ)	Betreuungsbeginn	(MM/JJJJ)						
Rheumatologische Hauptdiagnose			SLE			0 0 1			☐ gesichert ☐ Verdacht ☐ gesichert ☐ Verdacht	
Weitere rheumatologische Diagnosen _____										
Welche Kriterien waren bei Diagnosestellung erfüllt? Kreuzen Sie bitte die zutreffenden an. <i>Einschluss-Kriterium: Nachweis eines positiven ANA-Titers mittels Hep-2 Immunfluoreszenz >1:80.</i>										
Allgemeinbefinden	☐ Fieber >38,3 °C, nicht anders erklärbar		Niere	☐ Proteinurie > 0,5g/24 Stunden						
Haut und Schleimhaut	☐ Nicht-vernarbende Alopezie ☐ Orale Ulzera ☐ Subakut-kutaner oder diskoider Lupus ☐ Akuter kutaner Lupus			☐ Nieren-Biopsie mit Klasse II oder V Lupusnephritis ☐ Nierenbiopsie mit Klasse III oder IV Lupusnephritis						
Gelenke	☐ Synovitis oder Druckschmerzhaftigkeit (in ≥ 2 Gelenken oder ≥ 30 min Morgensteifigkeit)		Antiphospholipid-AK	☐ anti-Cardiolipin-Antikörper positiv (> 40 Units) oder anti-β2-GP1 positiv oder Lupusantikoagulanz positiv						
ZNS	☐ Delirium ☐ Psychose ☐ Krampfanfall		Komplement	☐ Niedriges C3 oder niedriges C4 ☐ Niedriges C3 und niedriges C4						
Serosa	☐ Pleuraler oder perikardialer Erguss ☐ Akute Perikarditis		Hoch spezifische Antikörper	☐ Anti-dsDNA-Antikörper ☐ Anti-Smith-Antikörper						
Hämatologie	☐ Leukopenie ($<4 \times 10^3/\mu\text{l}$) ☐ Thrombozytopenie ($<100 \times 10^3/\mu\text{l}$) ☐ Autoimmunhämolyse		EULAR/ACR classification criteria for SLE. Ann Rheum Dis. 2019 Sep;78(9):1151-1159.							
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							
<i>Bitte beachten: aktuell = Therapie zum jetzigen Zeitpunkt einschl. Neuverordnungen am Tag der Dokumentation, ausschl. heute abgesetzt</i>										
Allgemeine Therapie		aktuell	letzte 12 Mon.	DMARD-Therapie		aktuell	Beginn: Monat/Jahr	letzte 12 Mon.		
NSAR		☐	☐	HCQ/CQ		☐		☐		
Glukokortikoide, systemisch < 0,2 mg pro kg Körpergewicht		☐	, mg/Tag	MTX <i>aktuell:</i> ☐ oral ☐ s.c.		☐		☐		
>= 0,2 mg pro kg Körpergewicht i.v. Pulstherapie*			☐	Azathioprin		☐		☐		
Lipidsenker		☐	☐	Cyclophosphamid		☐		☐		
ACE-Hemmer/AT1-Blocker		☐	☐	<i>aktuell:</i> ☐ oral ☐ i.v.		☐		☐		
Calcium-Antagonisten		☐	☐	Cyclosporin A		☐		☐		
Vitamin D		☐	☐	Mycophenolat-Mofetil		☐		☐		
Bisphosphonate		☐	☐	Rituximab# _____		☐		☐		
Heparin/Marcumar		☐	☐	Belimumab		☐		☐		
low-dose ASS		☐	☐	andere# _____		☐		☐		
keine Therapie		☐	☐	_____		☐		☐		
				keine DMARD-Therapie		☐		☐		
*Bitte kumulative Anzahl der i.v. Pulse in den letzten 12 Monaten angeben.				#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	☐	☐	☐	Hämoglobin	, g/dl	☐ n. b.
ZNS	☐	☐	☐	Leukozyten	, x 10 ³ /μl	☐ n. b.
Niere	☐	☐	☐	Lymphozyten	, x 10 ³ /μl	☐ n. b.
*Eiweiß im Sammelurin , g/l 24 h			☐ n. b.	Thrombozyten	x 10 ³ /μl	☐ n. b.
*Protein/Kreatinin-Quotient g/g			☐ n. b.	BSG	mm/h	☐ n. b.
Herz	☐	☐	☐	Kreatinin	, mg/dl	☐ n. b.
Lunge	☐	☐	☐	IgG	mg/dl	☐ n. b.
Darm	☐	☐	☐	C3 vermindert	☐ ₁ ja ☐ ₂ nein ☐ ₃ n. b.	
Muskulatur	☐	☐	☐	C4 vermindert	☐ ₁ ja ☐ ₂ nein ☐ ₃ n. b.	
Gelenke	☐	☐	☐	Labor (jemals)		
Auge	☐	☐	☐	ANA	☐ ₁ positiv ☐ ₂ negativ ☐ ₃ n. b.	
Haut/Schleimhaut	☐	☐	☐	dsDNA-Ak	☐ ₁ positiv ☐ ₂ negativ ☐ ₃ n. b.	
Lymphknotenschwellung,				Anti-Sm	☐ ₁ positiv ☐ ₂ negativ ☐ ₃ n. b.	
Hepato-/Splenomegalie	☐	☐	☐	Antiphospholipid-Ak	☐ ₁ positiv ☐ ₂ negativ ☐ ₃ n. b.	
Schilddrüse	☐	☐	☐	Lupus-Antikoagulans	☐ ₁ positiv ☐ ₂ negativ ☐ ₃ n. b.	

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