

## Ärztlicher Bogen – AID (Autoinflammatorische Erkrankungen)

Hier bitte  
„Einrichtungsetikett“  
aufkleben!

**ID-Nr.:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Bitte ID-Nummer eintragen, unter welcher Patient geführt wird!**

Hier Etikett für neue / erstmalig dokumentierte Patientinnen und Patienten aufkleben!

<b>Erhebungsdatum</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>2</b> <b>6</b> (TT/MM/JJ)	und Patienten aufleben!
<b>Geburtsmonat/-jahr</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(MM/JJJJ)	
<b>Körpergröße</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		
<b>Erkrankungsbeginn</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(MM/JJJJ)	
<b>Diagnosestellung</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(MM/JJJJ)	
<b>Herkunftsland mütterl. Familie:</b>	<input type="text"/>		
<i>Bitte Eltern und Großeltern berücksichtigen.</i>			
<b>Geschlecht</b>	<input type="radio"/> <sub>1</sub> weiblich	<input type="radio"/> <sub>2</sub> männlich	
<b>Körpergewicht</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		
<input type="radio"/> unbekannt			
<b>Betreuungsbeginn</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(MM/JJJJ)	
<b>Herkunftsland väterl. Familie:</b>	<input type="text"/>		

<input type="radio"/> Familiäres Mittelmeerfieber	<b>4 0 0</b>	<input type="radio"/> Interferonopathie	<b>4 0 9</b>
<input type="radio"/> MKD (Mevalonate Kinase Deficiency)	<b>4 0 1</b>	<input type="radio"/> AGS <input type="radio"/> SAVI <input type="radio"/> COPA <input type="radio"/> FCL	
<input type="radio"/> mild (HIDS) <input type="radio"/> schwer (MA)		<input type="radio"/> Morbus Behçet	<b>0 2 9</b>
<input type="radio"/> TRAPS/TRAPS-like	<b>4 0 2</b>	<input type="radio"/> PFAPA	<b>4 0 3</b>
<input type="radio"/> NLRP3-AID (CAPS)	<b>4 0 7</b>	<input type="radio"/> andere _____	_ _
<input type="radio"/> mild (FCAS) <input type="radio"/> moderat (MWS) <input type="radio"/> schwer (CINCA)			

**Genvariante detektiert** O<sub>1</sub> ja O<sub>2</sub> nein **Falls ja**, bitte in der Tabelle notieren:

[illegible]

Therapie	aktuell	letzte 12 Mon.	Dosis in mg	aktuell	Beginn: MM/JJJJ	letzte 12 Mon.
NSAR	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Colchicin	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Glukokortikoide, systemisch:	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	MTX	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
< 0,2 mg pro kg Körpergewicht		<input type="checkbox"/>	Anakinra	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
≥ 0,2 mg pro kg Körpergewicht		<input type="checkbox"/>	Canakinumab	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
i.v. Pulstherapie*		<input type="checkbox"/>	Adalimumab	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
keine derartige Therapie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
			andere:	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
			keine derartige Therapie	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>
			Therapieansprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\*Kumulative Anzahl der i.v. Pulse in den letzten 12 Mon. angeben.

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
---------	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	----	------------

$\odot_1$  keine                       $\odot_2$  in den letzten 6 Monaten |    |                          $\odot_3$  unbekannt

$\odot_1 \leq 2$  Tage       $\odot_2$  3-5 Tage       $\odot_3$  6-9 Tage       $\odot_4 \geq 10$  Tage       $\odot_5$  unbekannt

- ☐  $O_1$  Krankheitsschübe, beschwerdefrei zwischen Schüben
- ☐  $O_2$  Krankheitsschübe, beschwerden auch zwischen Schüben
- ☐  $O_3$  nicht bekannt

<b>Labor</b> (aktuell)	<b>Labor</b> (jemals)
CRP            _ _ _  ,  _  mg/l     ○ negativ       ○ n.b.	Neutrophilie                                  ○ ja      ○ nein   ○ n.b.
Serum-Amyloid-A (SAA)    _ _ _  ,  _  mg/l   ○ n.b.	Mevalonsäure im Urin, erhöht           ○ ja      ○ nein   ○ n.b.
Calprotectin S100 A8/A9    _ _ _  ,  _  µg/ml   ○ n.b.	<i>bei Verdacht auf M. Behcet:</i> HLA B 51   ○ pos    ○ neg    ○ n.b.
Prot/Krea-Quotient        _ _  ,  _  g/g      ○ n.b.	<i>n. b. = nicht bestimmt</i>

Symptome/Manifestationen	bis zur Diagnosestellung	jemals	aktuell	nie
<b>Allgemein</b>				
rez. Fieber ( $\geq 38^{\circ}\text{Celsius}$ )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatigue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lymphadenopathie/-schwellung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serum-Amyloid-A u./o. CRP erhöht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Organbezogen</b>				
<b>Kopf/Neurologie</b>				
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augenentzündung (Konjunktivitis/Uveitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Periorbitale Ödeme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwerhörigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharyngitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stomatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Kardiopulmonal</b>				
Pleuritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perikarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gastrointestinal/Genital</b>				
Hepatosplenomegalie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peritonitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nausea/Emesis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrhoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
falls männlich: Orchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Haut/Schleimhäute</b>				
Aphthen (anal/genital)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
makulopapulöses Exanthem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urtikaria-like rash	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erysipel-like Exanthem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pannikulitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Schleim-)Hautulzera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chilblain-lesion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Muskuloskelettal</b>				
Arthralgien/Gliederschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Myositis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthritis ( $\geq 6$ Wochen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Komorbidität, jemals</b> (Bitte spezifische Erkrankung angeben)				
<input type="radio"/> keine Komorbidität				
<input type="radio"/> Augenerkrankung (z.B. Uveitis) _____		<input type="radio"/> Nierenerkrankung _____		
<input type="radio"/> Kardiovaskuläre Erkrankung _____		<input type="radio"/> Amyloidose		
<input type="radio"/> Gastrointestinale Erkrankung _____		<input type="radio"/> Hauterkrankung (z.B. Psoriasis) _____		
<input type="radio"/> Lebererkrankung _____		<input type="radio"/> hämatologische Erkrankung _____		
<input type="radio"/> Endokrinolog./Stoffwechsel-Erkrank. _____		<input type="radio"/> neurologische Erkrankung _____		
<input type="radio"/> Erkrankung der Atemwege/Lunge _____		<input type="radio"/> psychische Erkrankung _____		
<input type="radio"/> Allergien _____		<input type="radio"/> andere Erkrankung _____		
<input type="radio"/> nicht bekannt				
<b>Familienanamnese</b>		<b>Eltern</b>	<b>Geschwister</b>	<b>Großeltern</b>
Amyloidose, Nierenerkrankungen		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autoinflammatorische Erkrankungen _____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwerhörigkeit		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
keine derartige Erkrankung		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Konsanguinität</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt			