

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod _____

Basisdaten = Erstvisite

Patientenstammdaten

Alter _____ (Jahre)

Geschlecht ₁ männlich

Größe _____ (cm)

₂ weiblich

Gewicht _____ (kg)

Wenn ja, welche: _____
 (Felty-Sy., Adulte Form d. M. Still, juv. idiop. Arthr., Kollagenosen, Vaskulitiden, etc.)

Krankenversicherung

₁ GKK ₂ BVA ₃ gew. Wirt. ₄ Betr. KK ₅ Eisenbahn

₆ Bauern ₇ Bergbau ₈ Andere, welche: _____

Frühere und begleitende Erkrankungen

JA↓ ₁ (↓bitte angeben↓) NEIN ₂

Co-Medikation

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Tuberkulose..... | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₂ maligne Erkrankung..... | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₃ Arterielle Hypertonie | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₄ Koronare Herzkrankheit..... | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₅ Herzinsuffizienz | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₆ Zerebrovask. Erkr. (Apoplex, TIA, PRIND)..... | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₇ chron.Virusinfektion (HIV, HAV, HBV, HCV, Autoimmun) | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₈ chronische Lebererkrankung | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₉ renale Insuffizienz..... | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₁₀ Uveitis | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₁₁ Gicht / Hyperurikämie | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₁₂ Diabetes mellitus Typ I / II | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₁₃ Fettstoffwechselstörung | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₁₄ gastroduodenales Ulcus | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₁₅ Depressionen | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₁₆ Osteoporose (< - 2,5 T-Score, Schenkelhals oder LWS): | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₁₇ COPD | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |
| <input type="checkbox"/> ₁₈ Andere, | JA <input type="checkbox"/> ₁ | NEIN <input type="checkbox"/> ₂ |

welche: _____

(Hinweis bezüglich Nikotin siehe Seite 5)

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod _____

Anamnese

Alter des Patienten beim Auftreten der ersten Symptome der Erkrankung _____ (Jahre)

Alter des Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose _____ (Jahre)

Familienanamnese für rheumatische Erkrankungen JA ₁ NEIN ₂

Wenn ja, welche: _____

Partus Anzahl _____ NEIN ₂

Abortus Anzahl _____ NEIN ₂

Empfängnisverhütung (aktuell) JA ₁ NEIN ₂

Wurde jemals eine stationäre Rheuma-Rehabilitation absolviert JA ₁ NEIN ₂

Bisherige und aktuelle Behandlung der entzdl. rheum. Erkg.

(Bitte geben Sie alle früheren und aktuellen Behandlungen an; falls mehr als 4 pro Gruppe, bitte die letzten vier angeben)

konventionelles DMARD JA↓ <input type="checkbox"/> ₁ NEIN <input type="checkbox"/> ₂	*Tage				laufend	abgesetzt wegen			
	Dosier-Intervall*	Einzel-Dosis (mg)	seit (MM/JJ)	bis (MM/JJ)		geplant	ineffektiv	unverträglich	nicht eruerbar
Medikament					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
1					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Biologicum Kinase-Inhibitor, Biosimilar JA↓ <input type="checkbox"/> ₁ NEIN <input type="checkbox"/> ₂	*Tage				laufend	abgesetzt wegen			
	Dosier-Intervall*	Einzel-Dosis (mg)	seit (MM/JJ)	bis (MM/JJ)		geplant	ineffektiv	unverträglich	nicht eruerbar
Medikament					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
1					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sonstige Erkrankung



Patient Nr. _____

Biologica-Register für entzündliche rheumatische Erkrankungen e. V.

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod _____

systemisches Glucocorticoid	*Tage				laufend	abgesetzt wegen			
						geplant	ineffektiv	unverträglich	nicht eruierbar
JA↓ <input type="checkbox"/> ₁ NEIN <input type="checkbox"/> ₂	Dosier- Intervall*	Einzel- Dosis (mg)	seit (MM/JJ)	bis (MM/JJ)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Medikament									
1					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Bisherige und aktuelle Behandlung der entzdl. rheum. Erkg. sonstige Therapie

					laufend	abgesetzt wegen			
						geplant	ineffektiv	unverträglich	nicht eruierbar
	JA	NEIN	NEU		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Analgetika / NSAR	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Rheumaoperationen

Gelenkersatz JA ₁ NEIN ₂

Synovektomie JA ₁ NEIN ₂

Sonstige JA ₁ NEIN ₂

TB-Screening

Mendel-Mantoux POS ₁ NEG ₂ not done ₃

Quantiferon POS ₁ NEG ₂ not done ₃

Thoraxröntgen POS ₁ NEG ₂ not done ₃

TB-Prophylaxe JA ₁ NEIN ₂

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod _____

Klinische / laborchemische Parameter

radiologische Progression	JA <input type="checkbox"/> ₁ NEIN <input type="checkbox"/> ₂	not done <input type="checkbox"/> ₃
28 Joint Count		
SJC	_____	not done <input type="checkbox"/> ₉₉₉
TJC	_____	not done <input type="checkbox"/> ₉₉₉
DAS28	_____/____	not done <input type="checkbox"/> ₉₉₉
CDAI	_____/____	not done <input type="checkbox"/> ₉₉₉
Globaleinschätzung der Aktivität der SE durch den Arzt anhand VAS (0 – 100mm)	_____	not done <input type="checkbox"/> ₉₉₉
Globaleinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes durch den Patienten anhand VAS (0 – 100mm)	_____	not done <input type="checkbox"/> ₉₉₉
HAQ (siehe gesonderte Beilage, vom Patienten auszufüllen, Score 0-3)	_____/____	not done <input type="checkbox"/> ₉₉₉
Patientenfragebogen (Fragen an den Patienten mit SE)	JA <input type="checkbox"/> ₁ NEIN <input type="checkbox"/> ₂	
BSG 1. Stunde (gemessen im letzten Monat, mm/h)	_____	not done <input type="checkbox"/> ₉₉₉
CRP (gemessen im letzten Monat, mg/l)	_____/____	not done <input type="checkbox"/> ₉₉₉
Rheumafaktor	POS <input type="checkbox"/> ₁ NEG <input type="checkbox"/> ₂	not done <input type="checkbox"/> ₃
ACP	POS <input type="checkbox"/> ₁ NEG <input type="checkbox"/> ₂	not done <input type="checkbox"/> ₃

Indikation für Biologikum / konventionelles DMARD

Indikation für Biologikum

- Versagen herkömmlicher DMARD ₁
- hohe Krankheitsaktivität ₂
- Unverträglichkeit der vorherigen Therapie ₃
- rasche radiologische Progression ₄
- nicht erhebbar ₅
- Sonstige, bitte angeben: ₆

Indikation für konventionelles DMARD

- hohe Krankheitsaktivität ₁
- Unverträglichkeit der vorherigen Therapie ₂
- rasche radiologische Progression ₃
- nicht erhebbar ₄
- Sonstige, bitte angeben: ₅

Sonstige Erkrankung



Patient Nr. _____

Biologica-Register für entzündliche rheumatische Erkrankungen e. V.

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod _____

Nikotin

Raucher/Ex-Raucher

JA ₁ NEIN ₂

zur Zeit JA wie viele Jahre (Anzahl) _____

wie viele Zigaretten/Tag (Anzahl) _____

früher JA wie viele Jahre (Anzahl) _____

wie viele Zigaretten/Tag (Anzahl) _____

Patientensupportprogramm

Teilnahme

JA ₁ seit _____ (MM/JJ)

NEIN ₂

Bitte HAQ dem Patienten übergeben und das Berechnungsergebnis (den Score) bei den laborchemischen Parametern einfügen. Bitte ebenso den Patientenfragebogen „Fragen an den Patienten mit sonst. entzdl. rheum. Erkg.“ zum Ausfüllen übergeben.

Alle 2 Fragebogen gemeinsam mit dem Basis CRF an die BioReg Datenbank senden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Der Vorstand des Vereins Biologica-Register für entzündliche rheumatische Erkrankungen e.V. (BioReg)