

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscode _____

Folgevisite Nr. _____

Sind unerwünschte Ereignisse (UE) aufgetreten?

JA → ₁ NEIN ₂ Falls ja, bitte Meldungsblatt für UE bearbeiten!

Frühere und begleitende Erkrankungen

Änderung oder Neuauftreten einer Begleiterkrankung?

JA ↓ ₁ (↓bitte angeben↓) NEIN ₂

Begleiterkrankung	seit (MM/JJ)	Co-Medikation	
_____	_____	JA <input type="checkbox"/> ₁	NEIN <input type="checkbox"/> ₂
_____	_____	JA <input type="checkbox"/> ₁	NEIN <input type="checkbox"/> ₂
_____	_____	JA <input type="checkbox"/> ₁	NEIN <input type="checkbox"/> ₂

Co-Medikation abgesetzt / geändert?

JA ↓ ₁ NEIN ₂

Begleiterkrankung	seit (MM/JJ)	Co-Medikation	
_____	_____	abges. <input type="checkbox"/> ₁	geänd. <input type="checkbox"/> ₂
_____	_____	abges. <input type="checkbox"/> ₁	geänd. <input type="checkbox"/> ₂
_____	_____	abges. <input type="checkbox"/> ₁	geänd. <input type="checkbox"/> ₂

Angaben zur Therapie

Bisherige Therapie der PsA unverändert beibehalten?

JA ₁ (Weiter zu Abschnitt – „Weitere Dokumentation“ NEIN ↓ ₂

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

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod _____

Biologicum Kinase-Inhibitor, Biosimilar	*Tage				abgesetzt wegen					
					laufend	geplant	ineffektiv	unverträglich	nicht erueierbar	Sozialversicherung
Änderung: JA↓ <input type="checkbox"/> ₁ NEIN <input type="checkbox"/> ₂	Dosier- Intervall*	Einzel- Dosis (mg)	seit (MM/JJ)	bis (MM/JJ)	laufend	geplant	ineffektiv	unverträglich	nicht erueierbar	Sozialversicherung
Medikament					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

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

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

Hinweis bei Therapieänderung: Falls unerwünschte Wirkungen auftraten (SAE, AE),
bitte Meldungsblatt für UE bearbeiten!

Kommentar zur Therapieänderung: _____

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod _____

Indikation für Änderung von Biologikum / konventionellem 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

Weitere Dokumentation

zwischenzeitliche Rheumaoperationen

- Gelenkersatz JA ₁ NEIN ₂
- Synovektomie JA ₁ NEIN ₂
- Sonstige JA ₁ NEIN ₂
- zwischenzeitliche Physio- / Ergotherapie JA ₁ NEIN ₂
- Stationäre Rheuma-Rehab. seit der letzten Visite? JA ₁ NEIN ₂

Klinische / laborchemische Parameter

- radiologische Progression JA ₁ NEIN ₂ not done ₃
- Sacroiliitis / Achsenskelettbeteiligung JA ₁ NEIN ₂ not done ₃
- Enthesitis / Achillodynie JA ₁ NEIN ₂ not done ₃
- Daktylitis JA ₁ NEIN ₂ not done ₃
- DIP-Befall JA ₁ NEIN ₂ not done ₃
- Total Joint Count SJC _____ TJC _____ not done ₉₉₉
- Globaleinschätzung der PsA Aktivität durch den Arzt
anhand VAS (0 – 100mm) _____ not done ₉₉₉
- Globaleinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes
durch den Patienten anhand VAS (0 – 100mm) _____ not done ₉₉₉

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscode _____

% BSA (Psoriatic Body Surface Area in %)*Hand-Regel: 1% der Körperoberfläche entspricht ungefähr der Größe der Handfläche.**Neuner-Regel: Jeder Körperregion ist ein bestimmter Prozentsatz der Körperfläche zugeteilt, damit lassen sich größere betroffene Flächen sehr rasch quantifizieren: Kopf und Hals (9%), Oberkörper, vorne und hinten je (18%), Arme je (9%), Beine + Gesäß je (18%), Genital/Analsbereich (1%)*

Kopf und Hals _____ (%)

Oberkörper (vorne + hinten) _____ (%)

Arme _____ (%)

Beine + Gesäß + Genital/Analsbereich _____ (%)

TOTAL (%BSA) _____ (%) not done ₉₉₉PASI-Score _____, _____ not done ₉₉₉HAQ (siehe gesonderte Beilage, vom Pat. auszufüllen, Score 0-3) _____, _____ not done ₉₉₉SASPA (siehe gesonderte Beilage, vom Pat. auszufüllen, Score 0-10) _____, _____ not done ₉₉₉Patientenfragebogen (Fragen an den Patienten mit PsA) JA ₁ NEIN ₂BSG 1. Stunde (gemessen im letzten Monat, mm/h) _____ not done ₉₉₉CRP (gemessen im letzten Monat, mg/l) _____, _____ not done ₉₉₉

Bitte HAQ und SASPA dem Patienten übergeben und das Berechnungsergebnis (den Score) bei den laborchemischen Parametern einfügen. Bitte ebenso den Patientenfragebogen „Fragen an den Patienten mit Arthritis psoriatica“ zum Ausfüllen übergeben.

Alle 3 Fragebogen gemeinsam mit dem Basis CRF an die BioReg Datenbank senden.

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscode _____

Ansprechen auf die Therapie

Bewertung durch den Arzt

sehr gut ₁ gut ₂ mäßig ₃ schlecht ₄ gar nicht ₅

Bewertung durch den Patienten

sehr gut ₁ gut ₂ mäßig ₃ schlecht ₄ gar nicht ₅**Dokumentation wird beendet / Grund**JA↓ ₁ NEIN ₂Patient ₁Arzt ₂Sonstige ₃ Kommentar : _____**Dokumentation wird pausiert / Grund**JA↓ ₁ NEIN ₂Patient ₁Arzt ₂Sonstige ₃ Kommentar : _____**Patientensupportprogramm**Teilnahme JA ₁ seit _____ (/MM/JJ)NEIN ₂**Vielen Dank für Ihre Mithilfe.**

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