

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod _____

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 RA 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
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

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod _____

Biologicum Kinase-Inhibitor, Biosimilar					laufend	abgesetzt wegen				
	*Tage					geplant	ineffektiv	unverträglich	nicht eruierbar	Sozialversicherung
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"/> ₆
1					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
2					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
3					<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4					<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					laufend	abgesetzt wegen			
	*Tage					geplant	ineffektiv	unverträglich	nicht eruierbar
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
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

Änderung:					laufend	abgesetzt wegen			
	JA	NEIN				geplant	ineffektiv	unverträglich	nicht eruierbar
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
- 28 Joint Count
- SJC not done ₉₉₉
- TJC not done ₉₉₉
- DAS28 not done ₉₉₉
- CDAI not done ₉₉₉
- Globaleinschätzung der RA 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
- RADAI-5 (siehe gesonderte Beilage, Score 0-10) not done ₉₉₉
- HAQ (siehe gesonderte Beilage, vom Patienten auszufüllen, Score 0-3) not done ₉₉₉
- Patientenfragebogen (Fragen an den Patienten mit RA) JA ₁ NEIN ₂

Datum der Visite _____ (TT/MM/JJ)

Einrichtungscod _____

BSG 1. Stunde (gemessen im letzten Monat, mm/h)

not done ₉₉₉

CRP (gemessen im letzten Monat, mg/l)

_____,____

not done ₉₉₉

Rheumafaktor

POS ₁NEG ₂not done ₃

ACP

POS ₁NEG ₂not done ₃

Bitte RADAI-5 und HAQ dem Patienten übergeben und das Berechnungsergebnis (den Score) bei den laborchemischen Parametern einfügen. Bitte ebenso den Patientenfragebogen „Fragen an den Patienten mit rheumatoider Arthritis“ zum Ausfüllen übergeben.

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

Ansprechen auf die Therapie

Bewertung durch den Arzt

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

Bewertung durch den Patienten

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

Dokumentation wird beendet / Grund

JA↓ ₁NEIN ₂Patient ₁Arzt ₂Sonstige ₃

Kommentar : _____

Dokumentation wird pausiert / Grund

JA↓ ₁NEIN 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)