

PRegCED Verlaufsdocumentation

Nach Vervollständigung per FAX an 030 – 450 7514909

12 Monate post partum

Datum des Patientenbesuchs (TT.MM.JJJJ):

PRegCED Studien-Nr.(füllt die Studienzentrale aus) :

Nikotinkonsum aktuell: ja nein Anzahl Zigaretten/Tag: _____

Alkoholkonsum: nein ja, gelegentlich ja, regelmäßig _____ (Getränke/Tag)

Gewicht: kg

HBI (Harvey Bradshaw Index) (auszufüllen bei M.Crohn)

Allgemeinbefinden am Vortag				
<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> ..schlecht	<input type="checkbox"/> ..sehr schlecht	<input type="checkbox"/> unerträglich
Abdominelle Schmerzen am Vortag				
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark	
Anzahl ungeformter Stuhlgänge pro Tag _____				
Vorhandensein eines Stomas <input type="checkbox"/> ja		Beutelleerungen pro Tag _____		
Tastbare Resistenzen im Abdomen				
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> fraglich	<input type="checkbox"/> sicher	<input type="checkbox"/> sicher und schmerzhaft	
Komplikationen				
<input type="checkbox"/> Arthralgien	<input type="checkbox"/> Uveitis	<input type="checkbox"/> Erythema nodosum	<input type="checkbox"/> Orale Aphthen	
<input type="checkbox"/> Pyoderma gangraenosum	<input type="checkbox"/> Analfissur	<input type="checkbox"/> Neue Fistel	<input type="checkbox"/> Abszess	
<input type="checkbox"/> axiale Arthritis	<input type="checkbox"/> Periphere Arthritis			

Modifizierter Partial Mayo Score (auszufüllen bei Colitis ulcerosa)

Stuhlfrequenz/Tag				
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> 1-2 Stuhlgänge mehr als normal	<input type="checkbox"/> ..3-4 Stuhlgänge mehr als normal	<input type="checkbox"/> ..> 5 Stuhlgänge mehr als normal	
Rektaler Blutabgang				
<input type="checkbox"/> Kein Blut	<input type="checkbox"/> Blutstreifen bei < als 50% der Stuhlgänge	<input type="checkbox"/> deutliche Blutbeimengungen meistens	<input type="checkbox"/> auch Blut ohne Stuhl	
Vorhandensein eines Stomas ja <input type="checkbox"/>		Beutelleerungen pro Tag _____		
Allgemeine ärztliche Beurteilung				
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> milde Erkrankung	<input type="checkbox"/> mittelschwere Erkrankung	<input type="checkbox"/> Schwere Erkrankung	
Komplikationen				
<input type="checkbox"/> Arthralgien	<input type="checkbox"/> Uveitis	<input type="checkbox"/> Erythema nodosum	<input type="checkbox"/> Orale Aphthen	
<input type="checkbox"/> Pyoderma gangraenosum	<input type="checkbox"/> Analfissur	<input type="checkbox"/> Neue Fistel	<input type="checkbox"/> Abszess	
<input type="checkbox"/> axiale Arthritis	<input type="checkbox"/> Periphere Arthritis			

Aktuelle Medikation:

Medikation	
5-ASA	
5-ASA	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> < 3g/Tag <input type="checkbox"/> > 3g/Tag <input type="checkbox"/>
Sulfasalazin	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Lokalthherapie	
5-ASA rektal	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Budesonid rektal	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Steroide	
Budesonid oral	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 9 mg <input type="checkbox"/> 6 mg <input type="checkbox"/> 3 mg <input type="checkbox"/>
Prednisolon oral	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aktuelle Dosierung: _____mg
Immunsuppressiva	
Azathioprin	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aktuelle Dosierung: _____mg
6-MP	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aktuelle Dosierung: _____mg
Sonstige Immunsuppressiva: _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aktuelle Dosierung: _____mg Dosisintervall: _____
Biologika	
Infliximab	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aktuelle Dosierung: _____mg Dosisintervall: _____
Adalimumab	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aktuelle Dosierung: _____mg Dosisintervall: _____
Vedolizumab	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aktuelle Dosierung: _____mg Dosisintervall: _____
Ustekinumab	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aktuelle Dosierung: _____mg Dosisintervall: _____
Tofacitinib	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aktuelle Dosierung: _____mg
Sonstige Biologika: _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aktuelle Dosierung: _____mg Dosisintervall: _____
Sonstige Medikamente (z.B. Antihypertensiva, Psychopharmaka, usw.)	_____ _____ _____ _____

Sind seit der letzten Dokumentation für PregCED Medikamente abgesetzt worden?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, wann? (TT.MM.JJJJ) _____	
Um welches Medikament handelt es sich? _____	
Warum wurde das Medikament abgesetzt? _____	

Laborbefunde

CRP _____ mg/dl	_____ mg/l	<input type="checkbox"/> unbekannt	
Hb _____ g/dl	_____ mmol/l	<input type="checkbox"/> unbekannt	
Calprotectin _____ mg/kg			
Trough level Biologika _____ µg/ml		<input type="checkbox"/> unbekannt	

Endoskopie

Datum der letzten Koloskopie/Sigmoidoskopie: _____
Befund: _____ _____ _____

Daten zum Kind

Gewicht _____ kg	Länge _____ cm	Alter _____ Monate	
U1 –U6 wahrgenommen?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genauer beschreiben) _____			
Impfungen nach STIKO erfolgt			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein, folgende Impfungen erfolgten nicht: _____ _____	
Gab es schwere Infektionen im 1.Lebensjahr, die eine Aufnahme im Krankenhaus notwendig machte?			
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja (bitte genauer beschreiben) _____ _____	