

PRegCED Verlaufsdocumentation

Nach Vervollständigung per FAX an 030 – 450 7514909

2. Trimenon (13.-24. Schwangerschaftswoche)

3. Trimenon (25.-40. Schwangerschaftswoche)

Die schraffierten Felder sind durch die Patientin auszufüllen

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 ja <input type="checkbox"/>			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
Calcineurinhistor	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aktuelle Dosierung: _____mg
Methotrexat	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? _____	

Sind seit der letzten Dokumentation für PregCED Medikamente pausiert 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 pausiert ? _____	

Laborbefunde

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

Schwangerschaftsverlauf

Nehmen Sie die Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaft beim Gynäkologen wahr?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Werden Sie zusätzlich von einer Hebamme betreut?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Waren Sie beim Ersttrimesterscreening (Nackenfaltenmessung ca. 12.-14.SSW)			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, gab es Auffälligkeiten? Bitte beschreiben Sie genau: _____			
Waren Sie bei der Feindiagnostik (22.-24. SSW)			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, gab es Auffälligkeiten? Bitte beschreiben Sie genau: _____			
Entwickelt sich das Kind zeitgerecht?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Sind vorzeitige Wehen aufgetreten?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Ist ein zu hoher Blutdruck aufgetreten?			
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bisher keine medikamentöse Therapie	<input type="checkbox"/> Ja, es erfolgt eine Therapie mit:	
Ist ein Gestationsdiabetes aufgetreten?			
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bisher keine medikamentöse Therapie	<input type="checkbox"/> Ja, es erfolgt eine Therapie mit:	