

# PRegCED Verlaufsdocumentation

Nach Vervollständigung per FAX an 030 – 450 7514909

Post partum

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 <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	
<b>5-ASA</b>	
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"/>
<b>Lokalthherapie</b>	
5-ASA rektal	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Budesonid rektal	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Steroide</b>	
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
<b>Immunsuppressiva</b>	
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
Methotrexat	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aktuelle Dosierung: _____mg
Calcineurininhibitor	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: _____
<b>Biologika</b>	
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 <b>abgesetzt</b> 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 <b>pausiert</b> 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

#### Daten zur Geburt

Geburtsmodus			
<input type="checkbox"/> natürliche Geburt	<input type="checkbox"/> geplante Sectio	<input type="checkbox"/> sekundäre Sectio	<input type="checkbox"/> Vaginal operative Entbindung
SSW am Tag der Entbindung (z.B. 38+2) _____			

#### Daten zum Kind

Geburtsgewicht _____ g	Länge _____ cm	
Apgar Score (z.B.9/10/10) _____		
Prolongierter Krankenhausaufenthalt nach Entbindung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja aus welchem Grund ?		
<input type="checkbox"/> Ikterus neonatorum mit Lichttherapie	<input type="checkbox"/> Infektion mit Notwendigkeit einer antibiotischen Therapie	<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte Diagnose nennen) _____ _____

Mütterliche Komplikationen in der Schwangerschaft

<input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes? <input type="checkbox"/> nicht insulinpflichtig <input type="checkbox"/> insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> Präeklampsie	<input type="checkbox"/> Infektionen mit Notwendigkeit einer Antibiotikaeinnahme (wenn ja bitte genauer beschreiben) _____ _____
<input type="checkbox"/> Sonstige (bitte näher beschreiben) _____ _____		