

PRegCED Basisdokumentation

Nach Vervollständigung per FAX an 030 – 450 7514909

1. Trimenon (0.-12. 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 Größe: _____ cm

Diagnose:

M. Crohn Colitis indeterminata

Colitis ulcerosa

Erstdiagnose (MM.JJJJ):

Gibt es einen erstgradigen Verwandten mit CED in Ihrer Familie? ja nein unbekannt

Geburtsdatum (MM.JJJJ):

Nikotinkonsum aktuell: ja nein Anzahl Zigaretten/Tag: _____

Befallsmuster M.Crohn

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> oberer GI-Trakt | <input type="checkbox"/> Dünndarm (ohne terminales Ileum) |
| <input type="checkbox"/> terminales Ileum | <input type="checkbox"/> Kolon |
| <input type="checkbox"/> perianaler Befall | <input type="checkbox"/> Rektum |
| <input type="checkbox"/> penetrierend | <input type="checkbox"/> fistulierend |

Befallsmuster Colitis ulcerosa

- Rektum
 Linksseitencolitis
 Pancolitis

Abdominelle Voroperationen

Art der Operation	Datum

Krankheitsaktivität drei Monate vor Empfängnis:

<input type="checkbox"/> Remission	<input type="checkbox"/> chronisch aktiv	
<input type="checkbox"/> Akuter Schub	<input type="checkbox"/> Milde Krankheitsaktivität	
Laborparameter (falls vorhanden)		
CRP	mg/l	Calprotectin: mg/kg
	mg/dl	Hb: g/dL
		mmol/l

Medikamentenanamnese:

Sind die folgenden Medikamente in der **VERGANGENHEIT** jemals eingenommen worden?
 Wenn ja aus welchem Grund wurden sie abgesetzt?

Medikation		
5-ASA		
5-ASA	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Sulfasalazin	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Lokaltherapie		
5-ASA rektal	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Budesonid rektal	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet	

	<input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Steroide		
Budesonid oral	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Prednisolon oral	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Immunsuppressiva		
Azathioprin	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
6-MP	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Methotrexat	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Calcineurin- inhibitoren	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Sonstige Immunsuppressiva:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei:	

_____	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Biologika		
Infliximab	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Adalimumab	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Vedolizumab	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Ustekinumab	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Tofacitinib	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Sonstige Biologika: _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abgesetzt bei: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit <input type="checkbox"/> Primärem Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Sekundärem Wirkverlust <input type="checkbox"/> Regulär beendet <input type="checkbox"/> Kinderwunsch	

	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
--	---	--

Gynäkologische Anamnese:

Wann ist der errechnete Geburtstermin? _____			
Sind Sie in regelmäßiger gynäkologischer Betreuung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Waren Sie schon einmal schwanger	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie oft:
Hätten Sie schon mal eine Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie oft:
Hatten Sie schon mal einen Schwangerschaftsabbruch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie oft:
Sind Sie in Folge einer Kinderwunschbehandlung schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Nehmen Sie Folsäure ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hat vor Eintritt der Schwangerschaft ein ärztliches Beratungsgespräch bzgl. Schwangerschaft und CED stattgefunden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> durch den Gastroenterologen <input type="checkbox"/> durch den Gynäkologen	<input type="checkbox"/> Nein	

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				

Endoskopie

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

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
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: _____
Calcineurininhibitoren	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

	Aktuelle Dosierung: _____ mg
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. Antihypertensive, Psychopharmaka, usw.)	_____ _____ _____ _____