

# Infliximab Register

## Uveitis im Kindes- und Jugendalter

### Augenarzt - Basisbogen Seite 1

<b>Erhebungsdatum</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">TT</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MM</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">JJ</td> <td></td> </tr> </table>					TT	MM	JJ		<b>Geburtsjahr:</b> _____									
TT	MM	JJ																	
<b>Zentrumsnummer:</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>			<b>Patientennummer:</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>			<b>Geschlecht:</b> <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich											
<b>Entzündlich rheumatische Erkrankung</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Verdacht auf <input type="radio"/> gesichert																			
<b>nach ILAR Klassifikation:</b>																			
<input type="radio"/> Typ 1	systemische Arthritis	positiv	<input type="radio"/>																
<input type="radio"/> Typ 2a	Oligoarthritis persistens	negativ	<input type="radio"/>																
<input type="radio"/> Typ 2b	Oligoarthritis extended	nicht bestimmt	<input type="radio"/>																
<input type="radio"/> Typ 3	seronegative Polyarthritis																		
<input type="radio"/> Typ 4	seropositive Polyarthritis																		
<input type="radio"/> Typ 5	Enthesitis-assoziierte Arthritis																		
<input type="radio"/> Typ 6	Psoriasisarthritis																		
<input type="radio"/> Typ 7	andere Arthritis																		
		<input type="radio"/> andere entzündlich-rheumatische Erkrankung: (bitte angeben): _____																	
<b>Datum Erstdiagnose Uveitis:</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">TT</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MM</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">JJ</td> <td></td> </tr> </table>					TT	MM	JJ		<b>Datum Erstdiagnose rheumatische Erkrankung:</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">TT</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">MM</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">JJ</td> <td></td> </tr> </table>					TT	MM	JJ	
TT	MM	JJ																	
TT	MM	JJ																	
<b>Uveitislokalisation</b>																			
<input type="radio"/> anterior	<input type="radio"/> intermediär	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">Anteriore Uveitis:</td> <td>Iritis (Vorderkammerentzündung) oder Iridozyklitis (überwiegende Vorderkammerentzündung und begleitende Infiltration im vorderen Glaskörper</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">Intermediäre Uveitis:</td> <td>vorrangig Glaskörperinfiltration ohne chorioidale Entzündungsherde; ggf. mit geringem bis mäßigem Vorderkammerzellbefund oder begleitende retinale Vaskulitis</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">Posteriore Uveitis:</td> <td>Chorioretinitis, Retinochoroiditis oder Neurouveitis; ggf. mit begleitender Glaskörperinfiltration</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">Panuveitis</td> <td>Entzündung der gesamten Uvea; Kombination von schwerer Iritis und Chorioretinitis</td> </tr> </table>		Anteriore Uveitis:	Iritis (Vorderkammerentzündung) oder Iridozyklitis (überwiegende Vorderkammerentzündung und begleitende Infiltration im vorderen Glaskörper	Intermediäre Uveitis:	vorrangig Glaskörperinfiltration ohne chorioidale Entzündungsherde; ggf. mit geringem bis mäßigem Vorderkammerzellbefund oder begleitende retinale Vaskulitis	Posteriore Uveitis:	Chorioretinitis, Retinochoroiditis oder Neurouveitis; ggf. mit begleitender Glaskörperinfiltration	Panuveitis	Entzündung der gesamten Uvea; Kombination von schwerer Iritis und Chorioretinitis								
Anteriore Uveitis:	Iritis (Vorderkammerentzündung) oder Iridozyklitis (überwiegende Vorderkammerentzündung und begleitende Infiltration im vorderen Glaskörper																		
Intermediäre Uveitis:	vorrangig Glaskörperinfiltration ohne chorioidale Entzündungsherde; ggf. mit geringem bis mäßigem Vorderkammerzellbefund oder begleitende retinale Vaskulitis																		
Posteriore Uveitis:	Chorioretinitis, Retinochoroiditis oder Neurouveitis; ggf. mit begleitender Glaskörperinfiltration																		
Panuveitis	Entzündung der gesamten Uvea; Kombination von schwerer Iritis und Chorioretinitis																		
<input type="radio"/> posterior	<input type="radio"/> Panuveitis																		
<b>Augenbefall</b>																			
<input type="radio"/> einseitig	<input type="radio"/> beidseitig																		

<b>In diesem Feld Befunde vor Infliximab Therapie eintragen</b>							
<b>Alle Komplikationen am Auge durch Uveitis, bekannt vor Infliximab Therapie</b>							
<b>R L</b>	<b>R L</b>	<b>R L</b>	<b>R L</b>				
<input type="radio"/> keine Komplikationen	<input type="radio"/> Bandkeratopathie	<input type="radio"/> Sekundärglaukom	<input type="radio"/> Rubeosis iridis				
<input type="radio"/> Strabismus	<input type="radio"/> Katarakt	<input type="radio"/> Hypotonie	<input type="radio"/> Glaskörpertrübungen				
<input type="radio"/> Papillenödem	<input type="radio"/> zystoides Makulaödem	<input type="radio"/> Phthisis bulbi	<input type="radio"/> Synechien; wie viele Quadranten?				
<input type="radio"/> Ablatio retinae	<input type="radio"/> Amblyopie		RA <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4				
<input type="radio"/> andere: _____			LA <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4				
<b>Aktueller Visus vor Infliximab Therapie (Bitte für beide Augen angeben)</b>							
<b>R L</b>	<b>R L</b>	<b>R L</b>	<b>R L</b>	<b>R L</b>	<b>R L</b>	<b>R L</b>	<b>R L</b>
<input type="radio"/> Licht	<input type="radio"/> FZ	<input type="radio"/> HBW	<input type="radio"/> 1/50	<input type="radio"/> 1/35	<input type="radio"/> 1/20	<input type="radio"/> 1/10	<input type="radio"/> 0,08
<input type="radio"/> 0,1	<input type="radio"/> 0,12	<input type="radio"/> 0,16	<input type="radio"/> 0,2	<input type="radio"/> 0,25	<input type="radio"/> 0,32	<input type="radio"/> 0,4	<input type="radio"/> 0,5
<input type="radio"/> 0,63	<input type="radio"/> 0,8	<input type="radio"/> 1,0					

## Augenarzt - Basisbogen Seite 2

**Zentrumsnummer:**       **Patientennummer**

**Aktuelle medikamentöse Therapie vor Infliximab Therapie**

<b>Lokaltherapie</b>	<b>R</b>	<b>L</b>		<b>R</b>	<b>L</b>
keine Lokaltherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kortikosteroide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> < 3xtäglich <input type="radio"/> ≥ 4xtäglich
<i>Indikation (*auch beide möglich)</i>					
<b>Systemtherapie</b>			<b>Uveitis*</b>	<b>Arthritis*</b>	jemals    aktuell seit: (Mon/Jahr)    aktuelle Dosis:
keine Systemtherapie	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nichtsteroidale Antirheumatika	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Kortikosteroide	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Methotrexat	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Cyclosporin A	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Azathioprin	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Mycophenolat-Mofetil	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Etanercept	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
andere Therapie (Wirkstoff): _____	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
andere Therapie (Wirkstoff): _____	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**Vorderkammerzellen (in 1x1mm Spalt) (in den letzten 4 Wochen)**

keine     1+ (6-15)     2+ (16-25)     3+ (26-50)     4+ (>50)

**Glaskörpertrübung (in den letzten 4 Wochen)**

keine     1+     2+     3+     4+     5+

Glaskörpertrübung:  
 0 = keine  
 1 = minimal (hinterer Pol klar sichtbar)  
 2 = mild (Details am hinteren Pol leicht verschwommen)  
 3 = mittelmäßig (hinterer Pol sehr verschwommen)  
 4 = deutlich (einzelne Details am hinteren Pol verdeckt)  
 5 = stark (keine Details sichtbar)

**Operative Therapie vor Infliximab Therapie**

<b>R</b>	<b>L</b>	<b>R</b>	<b>L</b>	<b>R</b>	<b>L</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Kataraktoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Glaukomoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Epithel-Abrasio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Netzhautablösungs-OP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Kryotherapie der Netzhaut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Pars plana Vitrektomie
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> andere Operation _____			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> keine operative Therapie

**Infliximab Therapie:**

**Indikation** (auch beide möglich):  Uveitis     Arthritis

**Datum Beginn der Infliximab-Therapie**        
TT    MM    JJ

**Dosis:** \_\_\_\_\_ mg/kg/Infusion    **Zahl der bisheriger Infusionen:** \_\_\_\_\_    **Monate der Therapie:** \_\_\_\_\_

**Infusionsschema:**     0, 2, 6, dann alle 8 Wochen  
 anderes (bitte nennen, in Wochen): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Weitere Anwendung geplant:**  nein     ja, für weitere (in Monaten):

**Bitte den ausgefüllten Bogen per Fax schicken an:**  
**Fax: 0251 / 9330819**

**Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:**  
 Infliximab-Register der DOG Sektion Uveitis und der AgKJR Deutschland,  
 Prof. Dr. med. A. Heiligenhaus, Augenabteilung am St. Franziskus Hospital, Münster

*Hier bitte Praxisstempel!*