

Infliximab Register

Uveitis im Kindes- und Jugendalter

Kinderarzt - Basisbogen Seite 3

Erhebungsdatum
TT MM JJ

Geburtsjahr: _____

Zentrumsnummer:

Patientennummer:

Geschlecht weiblich männlich

Entzündlich rheumatische Erkrankung nein gesichert vermutet

nach ILAR Klassifikation:

- Typ 1 systemische Arthritis
- Typ 2a Oligoarthritis perstent
- Typ 2b Oligoarthritis extended
- Typ 3 seronegative Polyarthritis
- Typ 4 seropositive Polyarthritis
- Typ 5 Enthesitis-assoziierte Arthritis
- Typ 6 Psoriasisarthritis
- Typ 7 andere Arthritis

ANA (aktuell) HLA-B27

- positiv
- negativ
- nicht bestimmt

Datum Erstdiagnose rheumatische Erkrankung:
TT MM JJ

andere entzündlich-rheumatische Erkrankung:
 (bitte angeben): _____

Wie aktiv ist die Rheumaerkrankung in der letzten Woche vor Infliximab-Therapie aus Arztsicht:

inaktiv hoch aktiv

Wie sehr beeinträchtigt die rheumatische Erkrankung Dein allgemeines Wohlbefinden / das Wohlbefinden Ihres Kindes in der letzten Woche vor Infliximab-Therapie:

gar nicht sehr stark

BSG: _____ (mm/1.Std)

Bitte tragen Sie nachfolgend die aktuelle Zahl der Gelenke mit Arthritis und die Zahl der Gelenke mit Bewegungseinschränkung ein:

Gelenkbefall	Arthritis		Funktionsdefizit	
	rechts	links	rechts	links
Kiefer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ellenbogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Handgelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HWS		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
LWS		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
SI-Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Hüfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprungelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fußwurzel/Mittelfuß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finger		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>
Zehen		<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>
kein Gelenk befallen		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

Hier bitte Praxisstempel!

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