

Infliximab Register Uveitis im Kindes- und Jugendalter

Kinderarzt - Folgebogen Seite 3 nach:

- 2 Wochen
 2 Monaten
 6 Monaten
 12 Monaten
 18 Monaten
 24 Monaten
 30 Monaten
 36 Monaten
 42 Monaten
 48 Monaten
 54 Monaten
 60 Monaten

Erhebungsdatum

TT MM JJ

Geburtsjahr: _____

Zentrumsnummer:

Patientennummer:

Geschlecht weiblich männlich

Entzündlich rheumatische Erkrankung nein gesichert vermutet

nach ILAR Klassifikation:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Typ 1 systemische Arthritis | positiv <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> Typ 2a Oligoarthritis perstent | 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"/> andere entzündlich-rheumatische Erkrankung: | |
| <input type="radio"/> Typ 7 andere Arthritis | (bitte angeben): _____ | |

ANA (aktuell)

Wie aktiv ist die Rheumaerkrankung in den letzten 4 Wochen aus Arztsicht:

inaktiv hoch aktiv

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

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 style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Zehen		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
kein Gelenk befallen		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

**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!