

Kerndokumentation rheumakranker Kinder- und Jugendlicher 2025

Ärztlicher Bogen - Sarkoidose

Hier bitte „Einrichtungsetikett“ aufkleben!

ID-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Bitte ID-Nummer eintragen, unter welcher Pat. geführt wird!
 Hier Etikett für neue / erstmalig dokumentierte Patientinnen und Patienten aufkleben!

Erhebungsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 | **2 | 5** (TT/MM/JJ)

Geburtsmonat/-jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (MM/JJJJ) **Geschlecht** ₁ weiblich ₂ männlich

Körpergröße

--	--	--	--	--

 cm **Körpergewicht**

--	--	--	--	--

 kg

Erkrankungsbeginn

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (MM/JJJJ) unbekannt

Diagnosestellung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (MM/JJJJ) **Betreuungsbeginn**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (MM/JJJJ)

Rheumatologische Hauptdiagnose **Sarkoidose** **0 6 6** ₁ gesichert ₂ Verdacht
 Blau Syndrom **Löfgren-Syndrom**

Weitere rheumatologische Diagnosen _____

--	--	--	--

CAVE: aktuell = Therapie zum jetzigen Zeitpunkt einschl. Neuverordnungen am Tag der Dokumentation, ausschl. heute abgesetzt

Therapie	aktuell		letzte-12 Mon.		DMARD-Therapie	aktuell		Beginn: MM/JJJJ		letzte-12 Mon.															
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
NSAR	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MTX <i>aktuell:</i> <input type="radio"/> oral <input type="radio"/> s.c.	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/>						
Glukokortikoide, systemisch:	<input type="radio"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> , <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> mg/Tag							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfasalazin	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/>
< 0,2 mg pro kg Körpergewicht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Azathioprin	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/>						
≥ 0,2 mg pro kg Körpergewicht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cyclosporin A	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/>						
i.v. Pulstherapie*		<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>					<input type="checkbox"/>	Adalimumab#	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/>		
Vitamin D	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infliximab#	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/>						
Bisphosphonate	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere#	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/>						
Antihypertensiva	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>											<input type="checkbox"/>						
keine Therapie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine DMARD-Therapie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

*Bei bisher nicht zugelassenen Therapien, bitte „off label use“ dokumentieren. *Bitte kumulative Anzahl der i.v. Pulse in den letzten 12 Monaten angeben.*

**Bitte Handelsnamen angeben.*

Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?

inaktiv	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0.5	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1.5	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2.5	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3.5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4.5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5.5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6.5	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7.5	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8.5	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9.5	<input type="radio"/> 10	hoch aktiv
----------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------------

Labor- und Röntgenbefunde

BSG

--	--	--	--	--

 mm/h (1. Std.) nicht bestimmt CRP

--	--	--	--	--

 mg/l negativ nicht bestimmt

ACE

--	--	--	--

 U/l nicht bestimmt IgG

--	--	--	--	--

 mg/dl nicht bestimmt

Chitotriosidase erhöht ₁ ja ₂ nein ₃ nicht bestimmt

Röntgen Thorax, pathologisch ₁ ja ₂ nein CT Lunge, pathologisch ₁ ja ₂ nein

Stadium ₁ I ₂ II ₃ III ₄ IV Lungenfunktion, pathologisch ₁ ja ₂ nein

Genetik

BTNL2 ₁ ja ₂ nein ₃ nicht bestimmt

CARD15/NOD2 ₁ ja ₂ nein ₃ nicht bestimmt

Histologie

₁ nicht durchgeführt ₂ unspezifisch ₃ typisch für Sarkoidose

Klinische Manifestationen		aktuell	letzte 12 Mon.	nie			aktuell	letzte 12 Mon.	nie
Allgemeinsymptome	Fieber	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Leber	Hepatomegalie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
	Gewichtsverlust	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		Nervensystem	Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge	Husten	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Anfälle		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
	Dyspnoe	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Neuropathie		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Lymphadenopathie	Periphere	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Bewegungsapparat	Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
	Hiläre	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Auge	_____	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		Herz	Arrhythmie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Haut	Erythema nodosum	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		Kardiomyopathie	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
	Plaques	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Magen-Darm-Trakt		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>