

## Ärztlicher Bogen – CNO / CRMO

**ID-Nr.:**

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

  
Bitte ID-Nummer eintragen, unter welcher Pat.  
geführt wird!

Hier Etikett für neue / erstmalig dokumentierte Patientinnen und Patienten aufkleben!

Erhebungsdatum 

|  |  |  |  |   |   |
|--|--|--|--|---|---|
|  |  |  |  | 2 | 6 |
|--|--|--|--|---|---|

 (TT/MM/JJ)Geburtsmonat/-jahr | | | | | | (MM/JJJJ)

**Geschlecht**      ☐ <sub>1</sub> weiblich      ☐ <sub>2</sub> männlich

**Körpergröße**  cm

**Körpergewicht**                     kg

Erkrankungsbeginn | | | | | (MM/JJJJ)

☐ unbekannt

|                         |  |  |  |  |  |  |           |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------|
| <b>Diagnosestellung</b> |  |  |  |  |  |  | (MM/JJJJ) |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------|

**Betreuungsbeginn** | | | | | (MM/JJJJ)

|                                       |                   |              |                                |
|---------------------------------------|-------------------|--------------|--------------------------------|
| <b>Rheumatologische Hauptdiagnose</b> | <b>CNO / CRMO</b> | <b>2 4 3</b> | <b>○<sub>1</sub> gesichert</b> |
|---------------------------------------|-------------------|--------------|--------------------------------|

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <b>Weitere rheumatologische Diagnosen</b> |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|

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

| Allgemeine Therapie           | aktuell               | letzte 12 Mon.   | DMARD-Therapie  | aktuell               | Beginn:<br>MM/JJJJ  | letzte<br>12 Mon. |                          |                       |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |                          |
|-------------------------------|-----------------------|--|---|-----------------------|---|-------------------|--------------------------|-----------------------|---|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--------------------------|
| NSAR, welches _____           | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/>   | MTX      aktuell: <input type="radio"/> oral <input type="radio"/> s.c. | <input type="radio"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                   |                          |                       |   |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |  |  |  |                          |
|                               |                       |  |   |                       |   |                   |                          |                       |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |                          |
| Glukokortikoide, systemisch   | <input type="radio"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> mg/Tag |   |                       |   |                   | Etanercept:              | <input type="radio"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |                          |  |  |  | <input type="checkbox"/> |
|                               |                       |  |   |                       |   |                   |                          |                       |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |                          |
|                               |                       |  |   |                       |   |                   |                          |                       |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |                          |
| < 0,2 mg pro kg Körpergewicht |                       | <input type="checkbox"/>   | Adalimumab:   | <input type="radio"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                   |                          |                       |   |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |  |  |  |                          |
|                               |                       |  |   |                       |   |                   |                          |                       |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |                          |
| ≥ 0,2 mg pro kg Körpergewicht |                       | <input type="checkbox"/>   | Bisphosphonat: _____  | <input type="radio"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                   |                          |                       |   |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |  |  |  |                          |
|                               |                       |  |   |                       |   |                   |                          |                       |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |                          |
| Vitamin D                     | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/>   | andere: _____   | <input type="radio"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                   |                          |                       |   |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |  |  |  |                          |
|                               |                       |  |   |                       |   |                   |                          |                       |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |                          |
| keine Therapie                | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/>   | keine Therapie  | <input type="radio"/> |   |                   | <input type="checkbox"/> |                       |   |  |  |  |  |                          |  |  |  |                          |

*Bitte denken Sie bei Verdacht auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen an die entsprechende Meldung an die AkdÄ bzw. Bundesoberbehörden.*

## Labor

BSG aktuell    mm/h (1. Std.) ☐ nicht bestimmt CRP aktuell     mg/l ☐ negativ ☐ nicht bestimmtHLA-B27    ☐ <sub>1</sub> positiv    ☐ <sub>2</sub> negativ    ☐ <sub>3</sub> nicht bestimmt

**Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?**

|         |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |            |
|---------|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|----|------------|
| inaktiv | 0 | 0.5 | 1 | 1.5 | 2 | 2.5 | 3 | 3.5 | 4 | 4.5 | 5 | 5.5 | 6 | 6.5 | 7 | 7.5 | 8 | 8.5 | 9 | 9.5 | 10 | hoch aktiv |
|---------|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|----|------------|

**Klassifikationskriterien (nach ILAR) erfüllt?**

Enthesitis-assoziierte Arthritis ☒ ja ☐ nein

Psoriasisarthritis ☐  $O_1$  ja ☐  $O_2$  nein

**Hautbeteiligung** (aktuell oder anamnestisch)

☐ Akne                      ☐ Psoriasis                      ☐ Pustulosis palmoplantaris                      ☐ keine

## Lungenveränderungen (im Rahmen CNO)

$\bigcirc_1$  ja                       $\bigcirc_2$  nein

**Chronisch-entzündliche Darmerkrankung** (aktuell oder anamnestisch)

☐  $O_1$  ja                  ☐  $O_2$  nein

## Chronisches Schmerzsyndrom

$\bigcirc_1$  ja                       $\bigcirc_2$  nein

Generalisierter Muskelskelettschmerz an mindestens 3 Körperstellen für mindestens 3 Monate bei fehlender entzündlicher Krankheitsaktivität.

## Hypermobilität

O<sub>1</sub>ja                      O<sub>2</sub>nein                      Beighton-Score: |   | /9

**Gelenkbeteiligung** (aktuell oder anamnestisch)

☐ periphere Arthritis      ☐ Sakroiliitis      ☐ keine

**Wirbelkörperbeteiligung** (in der aktuellen bzw. letzten MRT)

☐ radiolog. aktive Wirbelkörperläsion (Ödem)      ☐ Wirbelkörperdeformierung      ☐ keine

**Extramedulläre Beteiligung** (in der aktuellen bzw. letzten MRT)

☐ Periostreaktion und/oder Weichteilödem ☐ Kortikale Verdickung oder Hyperostose ☐ keine

**Lokalisation und Anzahl osteomyelitischer Herde** (bitte Zahl der Herde eintragen)

| Betroffene Knochenregion | jemals im Verlauf<br>klinisch und/<br>oder bildgebend | aktive Läsionen aktuell            |  |
|--------------------------|---|------------------------------------|--|
|                          |   | klinisch<br>Arzt/Patient gemeinsam | MRT<br>aktuell bzw. letztes<br>(pos. T2-STIR/TIRM- Signal) |
| Mandibula                | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| Sternum                  | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| Clavicula                | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| Wirbelkörper             | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| Rippen                   | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| Humerus                  | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| Radius                   | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| Ulna                     | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| Becken                   | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| Femur                    | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| Tibia                    | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| Fibula                   | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| Calcaneus                | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| andere:                  |   |                                    |  |
| <input type="text"/>     | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| <input type="text"/>     | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |
| <input type="text"/>     | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>               | <input type="text"/>                                       |

**Letztes MRT:**        
Monat Jahr ☐ Ganzkörper ☐ lokal

**Größe der maximalen Knochenläsion** (letztes MRT) ☐ < 20 mm ☐ 20 – 50 mm ☐ > 50 mm ☐ keine aktive

Die nachfolgenden Angaben bitte nur bei Erstdokumentation ausfüllen.

**Fieber initial** (> 38 Grad)?

☐<sub>1</sub> ja ☐<sub>2</sub> nein

**Biopsie**

☐<sub>1</sub> ja, wann:        
Monat Jahr ☐<sub>2</sub> nein

**MRT initial**

☐<sub>1</sub> positives T2-STIR/TIRM- Signal ☐<sub>2</sub> unauffällig ☐<sub>3</sub> nicht durchgeführt

**Wie wurde die Diagnose gestellt** (Mehrfachangaben möglich):

☐ klinisch

☐ radiologisch

☐ histopathologisch

☐ nach Score von Roderick (bitte angeben):

☐ nach Score von Jansson (bitte angeben):

- ☐ Vorhandensein typischer klinischer Befunde  
(Knochenschmerzen +/- lokalisierte Schwellung ohne  
signifikante lokale oder systemische Zeichen einer  
Entzündung oder Infektion)
- ☐ Vorhandensein typischer radiologischer Befunde  
(Röntgen: Kombination aus lytischen Bereichen,  
Sklerose und Knochen-neubildung oder vorzugsweise  
STIR MRT: Knochenmarködem +/- Knochenanbau,  
lytische Bereiche und periostale Reaktion)
- ☐ mehr als ein Knochen (oder Clavicula allein)  
betroffen ohne signifikant erhöhtes CRP  
(< 30 g/L)
- ☐ falls unifokaler Befall (ausgenommen Clavicula)  
oder CRP > 30 g/L mit entzündlichen  
Veränderungen in der Knochenbiopsie  
(Plasmazellen, Osteoklasten, Fibrose, Sklerose)  
ohne bakterielles Wachstum, sofern keine  
Antibiotikatherapie durchgeführt wird

**Hauptkriterien**

- ☐ radiologisch bestätigte osteolytische/sklerotische  
Knochenläsion
- ☐ Multifokale Knochenläsionen
- ☐ Pustulosis palmoplantis oder Psoriasis
- ☐ Sterile Knochenbiopsie mit Anzeichen von  
Entzündung und/oder Fibrose, Sklerose

**Nebenkriterien**

- ☐ Normales Blutbild und guter allgemeiner  
Gesundheitszustand
- ☐ CRP und BSG mild bis moderat erhöht
- ☐ Beobachtungszeit länger als 6 Monate
- ☐ Hyperostosis
- ☐ Assoziation mit anderen autoimmunen oder  
autoinflammatorischen Erkrankungen (außer  
Pustulosis palmoplantis, Psoriasis)
- ☐ Verwandte 1. oder 2. Grades mit autoimmuner oder  
autoinflammatorischer Erkrankung oder NBO