

Datum: _____

1. Patienteninformation und Einverständniserklärung

Bitte händigen Sie dem Patienten die Patienteninformation aus und holen Sie die Einverständniserklärung ein.

Information für den behandelnden Arzt:

- Das Fax mit der Einverständniserklärung geht direkt an den Datenschutzkoordinator des CVderm, der die Patientendaten sowie die pseudonymisierte Patientenummer (ID) führt.
- Alle weiteren Datenübermittlungen beruhen ausschließlich auf der Patientenummer (ID) - bitte tragen Sie keine Identifikationsmerkmale des Patienten (Geb.-Datum, Namen) in den CRF ein.
- Etwaige Rückfragen an Sie werden nur unter Nennung der Patientenummer (ID) getätigt.

2. Ein-/Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien		ja	nein
Alter	≥ 18 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnose	Klinisch eindeutige Psoriasis <u>vulgaris</u> mit oder ohne Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Therapie	Erstanwendung des geplanten Systemtherapeutikums oder Biologikums (sonstige Vortherapie irrelevant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verständnis	Der Patient versteht die Erhebung und kann die Fragebögen voraussichtlich ausfüllen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einverständnis	Der Patient hat sein Einverständnis schriftlich erteilt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Patientenfragebogen

Bitte händigen Sie dem Patienten den Patientenfragebogen für Visite 1 aus.

- Die Rückgabe muss am gleichen Tag in der Praxis/Ambulanz erfolgen.

4.1. Vorthherapie

Bisherige Systemtherapie (Mehrfachnennungen möglich)

Produktname	Letzte	jemals	nie	Dauer (Mon.)
Apremilast	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
CyA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
FSE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
Leflunomid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
MTX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
PUVA system.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
Retinoide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
sonst. UV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _

Ende der letzten Systemtherapie |_|_|_|_|_|_|_| (TT/MM/JJ) Monate unter PUVA (insgesamt): |_|_|_|_|

Kumul. PUVA-Dosis (J/cm²): |_|_|_|_|

Bisherige Biologika-/Biosimilar-therapie (Mehrfachnennungen möglich)

Produktname	Letzte	jemals	nie	Dauer (Mon.)
Adalimumab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
Etanercept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
Infliximab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
Ixekizumab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
Secukinumab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
Ustekinumab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
Sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _

Ende der letzten Biologika-/Biosimilar-Therapie |_|_|_|_|_|_|_| (TT/MM/JJ)

4.2. Therapie

Aktuelle Biologika-/Biosimilar-therapie

Wichtig! Bitte geben Sie unbedingt den Produktnamen an.

Wirkstoff	Produktname	Dosis (mg)	Beginn (TT/MM/JJ)	Applikation
<input type="checkbox"/> Adalimumab	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	alle |_| Wochen|_| x wöchentlich
<input type="checkbox"/> Etanercept	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	alle |_| Wochen|_| x wöchentlich
<input type="checkbox"/> Infliximab	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	alle |_| Wochen|_| x wöchentlich
<input type="checkbox"/> Ixekizumab	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	alle |_| Wochen|_| x wöchentlich
<input type="checkbox"/> Secukinumab	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	alle |_| Wochen|_| x wöchentlich
<input type="checkbox"/> Ustekinumab	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	alle |_| Wochen|_| x wöchentlich
<input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	alle |_| Wochen|_| x wöchentlich
<input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	alle |_| Wochen|_| x wöchentlich

Aktuelle systemische Therapie und UV

Wichtig! Bitte geben Sie unbedingt den Produktnamen an.

Wirkstoff	Produktname	Dosis (mg)	Beginn (TT/MM/JJ)	
<input type="checkbox"/> Apremilast	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> CyA	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> FSE	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> initial
<input type="checkbox"/> Leflunomid	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> MTX	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	Applikation <input type="checkbox"/> p.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.
<input type="checkbox"/> PUVA system	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Retinoide	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> UVA/-B	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	

Aktuelle topische Wirkstoffe

(Mehrfachnennungen möglich)

	bis dato	weiterhin/ ab sofort
Glukokortikosteroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vit. D-Analoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vit. A-Analoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dithranol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salicylsäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnstoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indikation für Biologikum/Systemtherapie durch

- Schweregrad der Psoriasis
- Therapierefraktären Verlauf
- aktive Psoriasis-Arthritis (PsA)
- rasche radiologische Progression der PsA
- Unverträglichkeit/Kontraind. der vorherigen Therapie
- sonst.: _____

5. Begleiterkrankungen und deren Therapie

	Liegt aktuell vor	Wird medika- mentös behandelt		Liegt aktuell vor	Wird medika- mentös behandelt
Herz-Kreislaferkrankungen			Pulmonale Erkrankungen		
Arterielle Verschlusskrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cerebro-vaskuläre Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chronische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essentielle Hypertonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Koronare Herzkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheumatische und immunologische Erkrankungen		
Thrombosen (TVT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheumatoide Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus					
Diabetes Typ 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychische und Suchterkrankungen		
Diabetes Typ 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Schlaf-Apnoe-Syndrom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperurikämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Raucher	<input type="radio"/>	
Infektionskrankheiten			Ex-Raucher	<input type="radio"/>	
Tuberkulose – welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alkoholabusus	<input type="radio"/>	
Alte Tuberkulose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Hepatitis -bitte einkreisen: A–B–C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neurologische Erkrankungen		
HIV - welches Stadium?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Multiple Sklerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Tumoren, maligne (welche?)		
Lipidstoffwechselstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankungen			Dermatologisch-allergologische Erkrankungen		
Leberzirrhose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rhinitis allergica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Steatosis hepatis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atopisches Ekzem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chron. Leberschaden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen			sonstige Erkrankungen		
Gastritis/Ulcusleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colitis ulcerosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morbus Crohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nierenerkrankungen					
Niereninsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Keine der oben genannten Begleiterkrankungen liegt aktuell vor

6. Dauermedikation

nein ja

Präparat	Tagesdosis	Präparat	Tagesdosis
1 _____	_____	5 _____	_____
2 _____	_____	6 _____	_____
3 _____	_____	7 _____	_____
4 _____	_____	8 _____	_____

*Antipsoriatika nur unter 4. Therapie vermerken.

7. Allgemeiner und Dermatologischer Status I

Geschlecht	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	
Alter	|_|_| Jahre	
Größe (cm) |_|_|_|	Gewicht (kg) |_|_|_|	
Umfang Hüfte (cm) |_|_|_| an breitester Stelle der Hüfte	Umfang Taille (cm) |_|_|_| an schmalster Stelle der Taille	
Merkmale der Psoriasis (Mehrere Angaben möglich)	Chron.-stationär (Plaque-Typ) Kleinfleckiger Typ Psoriasis erythrodermatica Nagelbeteiligung Psoriasis inversa Psoriasis pustulosa	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Familienplanung	Aktuelle Schwangerschaft (selbst oder Partner) Aktuelle Stillzeit Aktueller Kinderwunsch (selbst oder Partner) Menopause	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Nagelbeteiligung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja: Anzahl betroffener Fingernägel (1-10 Finger) davon: zu >90% (komplett) betroffen (1-10 Finger) zu 50-90% betroffen (1-10 Finger) zu < 50% betroffen (1-10 Finger)	|_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
BSA (zur Erklärung siehe ggf. Mappendeckel)	= body surface area = Befallene Körperoberfläche	|_|_|_| %

8. Dermatologischer Status II: PASI

Bitte erheben Sie beim Patienten nun den PASI (Psoriasis Area and Severity Index).

Die Berechnungen der Summen und Produkte erfolgen bei der statistischen Auswertung automatisch.

Psoriasis Area and Severity Index – PASI

1) Schweregrad der psoriatischen Läsionen

Ausprägungen der Effloreszenzen: 0 = keine 1 = gering 2 = mittel 3 = stark 4 = sehr stark

		Kopf	Rumpf	Arme	Beine
1	Erythem	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2	Infiltration	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3	Schuppung	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4	Summe				

2) Befall der Körperoberfläche

Bitte vermerken Sie in Zeile 6 die befallene Fläche für die jeweiligen Lokalisationen. Kreisen Sie die jeweiligen Zahlen vor den Prozentangaben ein.

5		Kopf	Rumpf	Arme	Beine
6	Befallene Fläche	0 = Keine 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%	0 = Keine 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%	0 = Keine 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%	0 = Keine 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%
7	Produkt aus Zeile 4 + 6	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
8		x 0,10	x 0,30	x 0,20	x 0,40
9	Produkt aus Zeile 7 + 8	|_|_|, |_|	|_|_|, |_|	|_|_|, |_|	|_|_|, |_|

Gesamt-PASI = Summe der Zeile 9 = |_|_|

9a. Static Physician Global Assessment (PGA)

Bitte bewerten Sie das Hautbild des Patienten im Durchschnitt über alle Läsionen (Verwenden Sie bitte die Referenzkarte aus dem Arztordner).

Induration (I) (*Durchschnitt aller Läsionen*)

- Kein Anzeichen für erhabene Plaques
- Minimal erhabene Plaques
- Leicht erhabene Plaques
- Mäßig erhabene Plaques
- Deutlich erhabene Plaques
- Stark erhabene Plaques

Erythem (E) (*Durchschnitt aller Läsionen*)

- Kein Anzeichen für Erythem
- Mattes Erythem
- Hellrote Färbung
- Mittelrote Färbung
- Leuchtend rote Färbung
- Dunkel- bis tiefrote Färbung

Schuppung (S) (*Durchschnitt aller Läsionen*)

- Kein Anzeichen für Schuppung
- Minimal: gelegentlich feine Schuppen auf weniger als 5 % der Läsion
- Leicht: vorwiegend feine Schuppen
- Mäßig: vorwiegend grobe Schuppen
- Deutlich: vorwiegend dicke, nicht hartnäckige Schuppen
- Schwer: vorwiegend sehr dicke, hartnäckige Schuppen

Spezifisch betroffene Hautstellen:

Bitte alle Zutreffenden ankreuzen:

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Kopfhaut | <input type="radio"/> Gesicht |
| <input type="radio"/> Handteller | <input type="radio"/> Fußsohlen |
| <input type="radio"/> Leiste | <input type="radio"/> Achselhöhlen |
| <input type="radio"/> Genitalien | <input type="radio"/> Entzündliche Hautfalten |

9b. Psoriasis-Aktivität in der Patientengeschichte (PGA historisch)

Verfügen Sie über Informationen, mittels derer Sie den folgenden Abschnitt über die höchste Psoriasis-Aktivität in der Patientenanamnese ausfüllen können?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
--	---

In welchem Monat und Jahr wurde bei dem Patienten zum letzten Mal seine/ihre höchste Psoriasis-Aktivität beobachtet?	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> (Monat / Jahr)						

Erhielt der Patient zu diesem Zeitpunkt systemische Therapie (einschließlich Biologika) oder Phototherapie?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
---	---

Wenn ja, geben Sie bitte die Therapieart an:		
<input type="radio"/> Phototherapie		Produktname
<input type="radio"/> Psoralen + UVA-Phototherapie		.....
<input type="radio"/> UVB-Phototherapie		.....
<input type="radio"/> Systemische Steroide		.....
<input type="radio"/> Immunmodulatoren		
<input type="radio"/> Apremilast		.....
<input type="radio"/> Cyclosporin		.....
<input type="radio"/> Methotrexat		.....
<input type="radio"/> Fumarsäure		.....
<input type="radio"/> Retinoide		.....
<input type="radio"/> Sonstige Immunmodulatoren		.....
<input type="radio"/> Biologika-/Biosimilar-therapie		
<input type="radio"/> Adalimumab		.....
<input type="radio"/> Etanercept		.....
<input type="radio"/> Infliximab		.....
<input type="radio"/> Ixekizumab		.....
<input type="radio"/> Ustekinumab		.....
<input type="radio"/> Sekukinumab		.....
<input type="radio"/> sonstige		.....

9c. Beurteilung der Läsionen bei maximaler Krankheitsaktivität in der Patientengeschichte

Maximale historische Krankheitsaktivität

Wie groß war die historisch gesehen maximal betroffene Körperoberfläche (BSA)

(gemessen mit der Handflächen-Methode)? (0 - 100 %): _____

Wie hoch war der historisch gesehen maximale PASI?: _____

Welche spezifischen Hautstellen waren betroffen?

Bitte alle Zutreffenden ankreuzen:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfhaut | <input type="checkbox"/> Gesicht |
| <input type="checkbox"/> Handteller | <input type="checkbox"/> Fußsohlen |
| <input type="checkbox"/> Leiste | <input type="checkbox"/> Achselhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Genitalien | <input type="checkbox"/> Entzündliche Hautfalten |

Bitte bewerten Sie das Hautbild bei maximaler Krankheitsaktivität in der Patientengeschichte (Verwenden Sie zur Bemessung die Referenzkarte aus dem Arztordner).

Induration (I) (Durchschnitt aller Läsionen)

- Kein Anzeichen für erhabene Plaques
- Minimal erhabene Plaques
- Leicht erhabene Plaques
- Mäßig erhabene Plaques
- Deutlich erhabene Plaques
- Stark erhabene Plaques

Erythem (E) (Durchschnitt aller Läsionen)

- Kein Anzeichen für Erythem
- Mattes Erythem
- Hellrote Färbung
- Mittelrote Färbung
- Leuchtend rote Färbung
- Dunkel- bis tiefrote Färbung

Schuppung (S) (Durchschnitt aller Läsionen)

- Kein Anzeichen für Schuppung
- Minimal: gelegentlich feine Schuppen auf weniger als 5 % der Läsion
- Leicht: vorwiegend feine Schuppen
- Mäßig: vorwiegend grobe Schuppen
- Deutlich: vorwiegend dicke, nicht hartnäckige Schuppen
- Schwer: vorwiegend sehr dicke, hartnäckige Schuppen

10. Zusatzbogen – Abklärung einer Psoriasis-Arthritis (PsA)

	ja	nein
Wurde beim Patienten bereits die Diagnose einer Psoriasis-Arthritis gesichert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traten beim Patienten in den letzten 5 Jahren wiederholt Schmerzen an Gelenken auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kam es in den letzten 12 Monaten wiederholt zu Schwellungen an den Gelenken ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kam es in den letzten 12 Monaten wiederholt zu Morgensteifigkeit der Gelenke mit Verbesserung im Laufe des Tages?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enthesitis: Traten in den letzten 12 Monaten wiederholt Schmerzen an den Sehnenansätzen auf, insbesondere an Achillessehnen und/oder Plantaraponeurosen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Daktylitis: Traten in den letzten 12 Monaten wiederholt schmerzhafte Schwellungen eines gesamten Fingers oder einer gesamten Zehe auf (sog. „Wurstfinger“)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entzündlicher Kreuzschmerz: Trat in den letzten 12 Monaten wiederholt ein tiefsitzender Kreuzschmerz auf mit mindestens 3-monatiger Dauer, schleichendem Beginn, Morgensteifigkeit und Besserung bei Bewegung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie schätzen Sie zum jetzigen Zeitpunkt die Diagnose der PsA ein? Die Diagnose <input type="radio"/> ist wahrscheinlich <input type="radio"/> ist unklar <input type="radio"/> einer aktiven PsA ist unwahrscheinlich		
Planen Sie die Abklärung einer PsA ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche Maßnahmen sind vorgesehen?		
<input type="radio"/> Klinische Diagnostik	<input type="radio"/> Radiologische Abklärung (Röntgen, MRT, Szintigr.)	<input type="radio"/> Abklärung durch Rheumatologen
Labor: <input type="radio"/> CRP	<input type="radio"/> BSG	<input type="radio"/> HLA-B27 <input type="radio"/> RF <input type="radio"/> Anti-CCP

Liegen neue Befunde zur Diagnostik aus den letzten 3 Monaten vor?

CRP |__|__|__|__| Monat / Jahr	Wert: |__|__|__| mg/l	BSG |__|__|__|__| Monat / Jahr	Wert: |__|__|__| mm/1. Std.
			Wert: |__|__|__| mm/2. Std.
Röntgenbild der Hände/ VorfüÙe	|__|__|__|__| Monat / Jahr	→ Erosive Veränderungen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Röntgenbild des Beckens/ISG	|__|__|__|__| Monat / Jahr	→ Zeichen der Sakroiliitis? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

→ Falls eine PsA vorliegt oder wahrscheinlich ist:

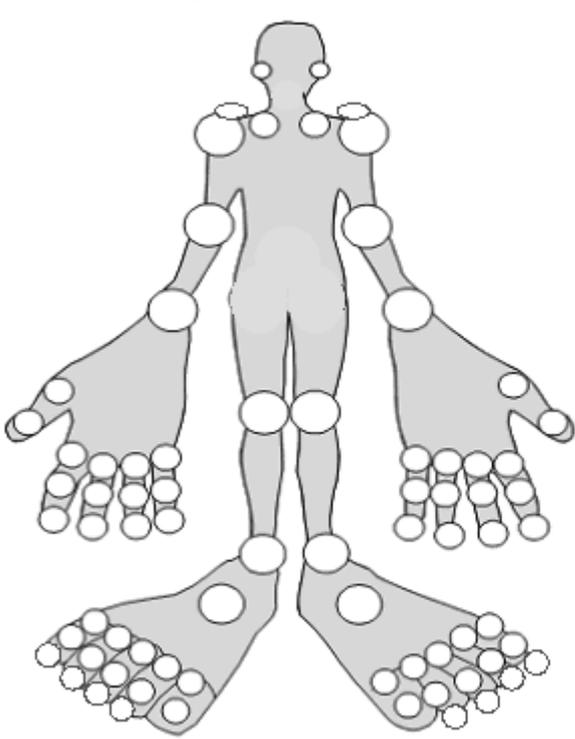
Bitte geben Sie dem Patienten den HAQ-Bogen zur Psoriasis-Arthritis (im Prüfarztordner) und füllen Sie den nachfolgenden Befundbogen zur Arthritis aus.

11. Zusatzbogen – Status der Psoriasis-Arthritis

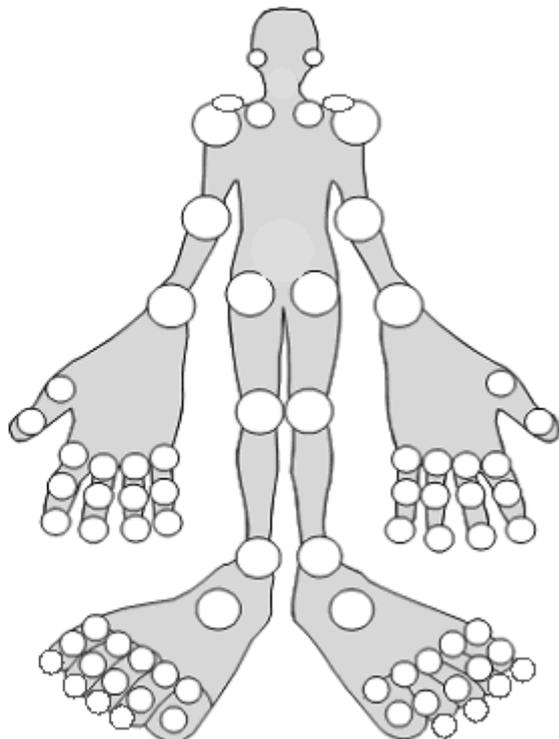
→ Bitte nur bei Vorliegen von Gelenkbeschwerden ausfüllen

**Aktueller Gelenkstatus –
bitte kreuzen Sie die geschwollenen und druckschmerzhaften Gelenke an.**

geschwollen



druckschmerzhaft



Falls Sie nichts angekreuzt haben:

keines dieser 74 Gelenke ist geschwollen
 keines dieser 76 Gelenke ist schmerzhaft

Liegen folgende Merkmale vor?

Rheumaknoten: ja nein
Morgensteifigkeit: ja nein

Wie aktiv ist die Psoriasis-Arthritis im Augenblick?

Inaktiv |-----| hoch aktiv

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Ende der Erhebung zum Aufnahmezeitpunkt

Der Arztfragebogen wurde komplett ausgefüllt
Der Patient hat den ausgefüllten Fragebogen zurückgegeben

ja
 ja

Nächster Vorstellungstermin
 (nächster Termin zur Dokumentation in ca. 3 Monaten)

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

→ Bitte Patientenbogen/-einverständnis und Seiten 1-10 faxen an: **040-74105-7227**
 Bitte legen Sie die gefaxten Seiten im rechten Deckel des Studienordners ab.