

Kohorte 2 Folgebogen T12

Bitte faxen Sie den ausgefüllten Fragebogen an das
Deutsche Rheuma-Forschungszentrum Berlin:

030/ 28 460 790

MUSTER



Erhebungsdatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Tag / Monat / Jahr</small>	Geburtsjahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geschlecht <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
--	--	---

Biologikum / Kinase Inhibitor (letzte 6 Monate)	Dosis (in mg) / Applikation	Nur bei Therapiewechsel / Therapieende		
		Beginn (Tag / Monat / Jahr)	Ende (Tag / Monat / Jahr)	DAS28 vor Beginn
<input type="radio"/> Cimzia®	<input type="text"/> alle <input type="text"/> Wochen	<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"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="radio"/> Enbrel®	<input type="text"/> alle <input type="text"/> , <input type="text"/> Tage	<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"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="radio"/> Humira®	<input type="text"/> alle <input type="text"/> Wochen	<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"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="radio"/> Orenzia® <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	<input type="text"/> alle <input type="text"/> Wochen	<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"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="radio"/> Remicade®	<input type="text"/> alle <input type="text"/> Wochen	<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"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="radio"/> RoActemra® <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	<input type="text"/> alle <input type="text"/> Wochen	<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"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="radio"/> Simponi® <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	<input type="text"/> alle <input type="text"/> Wochen	<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"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="radio"/> Xeljanz®	<input type="text"/> täglich <input type="text"/> mal	<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"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="radio"/> MabThera® neuer Zyklus	<input type="text"/> 1. Infusion am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> , <input type="text"/>
Falls noch nicht dokumentiert:				
<input type="radio"/> MabThera® vorheriger Zyklus	<input type="text"/> 1. Infusion am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> , <input type="text"/>
Biosimilar	<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"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
Wechsel der Applikationsform	<input type="radio"/> i.v. auf s.c. am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
für	<input type="radio"/> s.c. auf i.v. am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="radio"/> derzeit kein Biologikum / Kinase Inhibitor / Biosimilar				

DMARD (letzte 6 Monate)	Dosis (in mg)	Nur bei Therapiewechsel / -ende	
		Beginn Monat / Jahr	Ende Monat / Jahr
<input type="radio"/> MTX	<input type="text"/> , <input type="text"/> /w	<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="radio"/> SASP	<input type="text"/> / d	<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="radio"/> HCQ / CQ	<input type="text"/> / d	<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="radio"/> Leflunomid	<input type="text"/> / d	<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="radio"/>	<input type="text"/> / d	<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="radio"/>	<input type="text"/> / d	<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="radio"/> derzeit keine Therapie mit DMARDs			

Sonstige Therapie (aktuell)
<input type="radio"/> Analgetika:
<input type="radio"/> NSAR:
<input type="radio"/> Coxibe:
<input type="radio"/> keine derartige Therapie

Systemische Glukokortikoide
Prednisolon-Äquivalenzdosis (geschätzte mittlere Tagesdosis)
<input type="radio"/> aktuell <input type="text"/> , <input type="text"/> mg/d
<input type="radio"/> letzte 6 Monate <input type="text"/> , <input type="text"/> mg/d
<input type="radio"/> keine systemischen Glukokortikoide (aktuell und letzte 6 Monate)

Labor
CRP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> mg/Liter 1 mg/dl = 10 mg/l
BSG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/1.Std.
Anti-CCP Antikörper (falls neu bestimmt) <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ

Bitte hier nichts eintragen		<input type="radio"/> PB
	sbt1c sbt2c	appls01 applbios
BIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	APP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ST <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	sbt1c sbt2c	st1c st2c st3c

Bitte faxen Sie Arzt- und Patientenbogen an das DRFZ: 030 / 28 460 790

Bei Ende einer Therapie mit einem Biologikum / Kinase Inhibitor / Biosimilar / DMARD bzw. falls nach der Gabe von MabThera® kein weiterer Zyklus mehr geplant ist, geben Sie bitte den Grund an.

Medikament	Unerwünschtes Ereignis*	Wirkversagen	Remission	Non-Compliance	Kinderwunsch Schwangerschaft	Sonstiges
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--

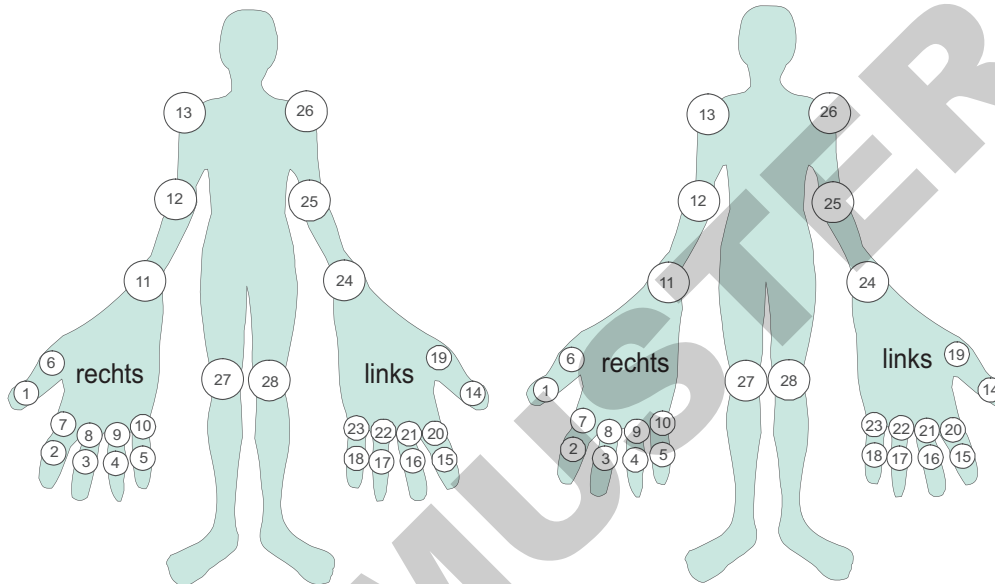
*Bitte dokumentieren Sie das unerwünschte Ereignis auf den Folgeseiten.

--	--	--	--

Aktueller Gelenkstatus (Bitte kreuzen Sie schmerzhaft und geschwollene Gelenke an.)

schmerzhaft

geschwollen



Falls Sie nichts angekreuzt haben:

- keines dieser 28 Gelenke schmerzhaft
- keines dieser 28 Gelenke geschwollen

In wie viele dieser 28 Gelenke gab es Injektionen mit Glukokortikoiden in den letzten 6 Monaten?

- in Gelenke
- keine Gelenkinjektionen mit Glukokortikoiden

Wie aktiv ist die Krankheit im Augenblick?

inaktiv hoch aktiv

Morgensteifigkeit

₁ nein ₂ ja: min

Erster Buchstabe des Nachnamens des Patienten:

.....
Arztname

Sind seit dem letzten Messzeitpunkt unerwünschte Ereignisse (UE) aufgetreten?

- ₁ nein ₂ ja Bitte dokumentieren Sie jedes UE **einzel**n auf den folgenden Seiten.

Falls mehr als 2 UE vorliegen, kopieren Sie bitte die Seiten zur Dokumentation der UE.

Bitte denken Sie auch an Schwangerschaften und geplante Krankenhausaufenthalte.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, vielen Dank, dass Sie weiterhin an RABBIT teilnehmen! Informationen und Ergebnisse zu unserer Beobachtungsstudie können Sie unter www.biologika-register.de einsehen.

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schlecht

Wie sehr haben Sie in den vergangenen 7 Tagen unter ungewöhnlicher Erschöpfung und Müdigkeit gelitten?

gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

Wie würden Sie die Stärke Ihrer Schmerzen in den vergangenen 7 Tagen einschätzen?

keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträgliche Schmerzen

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schlafstörungen? (z.B. Probleme beim Ein- oder Durchschlafen)

gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr stark

An wie vielen Tagen innerhalb der letzten 4 Wochen waren Sie wegen Ihrer rheumatoiden Arthritis nicht in der Lage, Ihren üblichen Beschäftigungen (Beruf, Haushalt, Freizeit) nachzugehen?

an keinem Tag an weniger als 7 Tagen an 7 bis 14 Tagen an mehr als 14 Tagen

Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine deutliche Verschlechterung Ihrer rheumatischen Beschwerden bemerkt, die über mehrere Tage anhielt?

nein ja ja, bis heute anhaltend

Wie häufig waren Sie in den letzten 3 Monaten wegen Ihrer rheumatischen Beschwerden beim Arzt?

nie einmal mehr als einmal, und zwar: Mal

Bitte hier nichts eintragen

Waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihres Rheumas stationär im Krankenhaus?

nein ja, und zwar: Wochen und Tage

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sind Sie in den letzten 6 Monaten an den Gelenken operiert worden?

nein ja, und zwar:

(Bitte geben Sie die Art der Operation(en) und Gelenk(e) an.)

Wenn Sie erwerbstätig sind oder im letzten Jahr waren: Waren Sie in den letzten 6 Monaten arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

nein ja, und zwar: Wochen und Tage

Und wie lange davon aufgrund Ihrer rheumatischen Erkrankung?

Wochen und Tage gar nicht

Sind neben Ihren rheumatischen Beschwerden in den letzten 6 Monaten weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgetreten?

nein ja

Wenn ja, welche?

Mussten Sie in den letzten 6 Monaten wegen dieser Beeinträchtigungen

extra Arztbesuche machen? nein ja

krank geschrieben werden? nein ja, und zwar Tage

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben.

Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie im Moment (in Bezug auf die letzten 7 Tage) zutrifft.

Sie haben drei Antwortmöglichkeiten:

Ja

Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen.

Ja, aber mit Mühe

Sie haben dabei Schwierigkeiten, z.B. Schmerzen, es dauert länger als früher oder Sie müssen sich dabei abstützen.

Nein oder nur mit fremder Hilfe

Sie können es gar nicht oder nur, wenn eine andere Person Ihnen dabei hilft.

	Ja	Ja, aber mit Mühe	Nein oder nur mit fremder Hilfe
1. Können Sie Brot streichen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
2. Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
3. Können Sie mit der Hand schreiben (mindestens eine Postkarte)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
4. Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
5. Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
6. Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
7. Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
8. Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. ein Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
9. Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
10. Können Sie 1 Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
11. Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
12. Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
13. Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
14. Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
15. Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
16. Können Sie sich einen Wintermantel an- und ausziehen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
17. Können Sie ca. 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus zu erreichen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
18. Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn etc.) benutzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

© FFbH

Bitte tragen Sie das heutige Datum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Jahr

und den 1. Buchstaben Ihres Nachnamens ein:

Der Buchstabe dient dem Abgleich, ob Ihre anonyme Patientennummer richtig übertragen wurde und wird anschließend gelöscht.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!