

Kohorte 2 Folgebogen T12

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

030/ 28 460 790

MUSTER

Erläuterungen zum Arztbogen T12 Seite 1

Fragen zur aktuellen Therapie müssen von der Ärztin / dem Arzt ausgefüllt werden; alle anderen Felder (wie Laborwerte und Patientenstammdaten) können auch von Mitarbeitern ausgefüllt werden.

Frage	Erklärung
Therapie mit Biologika, Biosimilars, Small Molecules	<p>Vollständige Angaben zu den Therapieverläufen sind für RABBIT essentiell. Bitte tragen Sie alle Therapien, die der/die Patient/in erhält bzw. seit der letzten dokumentierten Visite erhalten hat, hier ein. Die beobachteten Präparate und Substanzen sind:</p> <p>Cimzia®: Certolizumab; Enbrel®: Etanercept; Humira®: Adalimumab; MabThera®: Rituximab; Orencia®: Abatacept; Remicade®: Infliximab; RoActemra®: Tocilizumab; Simponi®: Golimumab; Xeljanz®: Tofacitinib und andere in Deutschland für die RA zugelassenen Biologika, Biosimilars und Small Molecules.</p> <p>Beachten Sie bitte, dass Biosimilars mit den Originalpräparaten nicht identisch sind und gesondert dokumentiert werden müssen. Das ist der entscheidende Grund, warum wir die Markennamen der Biologika statt der Substanznamen abfragen. Nach der Marktzulassung der Biosimilars ist es sehr wichtig, dass Sie wissen, welches Medikament Ihre Patientin/Ihr Patient tatsächlich erhält, und es hier dokumentieren.</p> <p>Beginndatum</p> <p>Das Beginndatum muss nur bei Neubeginn einer Therapie angegeben werden, nicht wenn die Therapie seit der letzten dokumentierten Visite anhält.</p> <p>Das gilt analog für MabThera®. Wichtig ist, dass Sie uns den Beginn jedes neuen Zyklus mit MabThera® angeben. Falls die letzte dokumentierte Visite so lange zurückliegt, dass zwei Zyklen begonnen wurden, dokumentieren Sie bitte zusätzlich zum aktuellen Zyklus auch den vorherigen. Falls MabThera® nicht fortgesetzt wird und keine weiteren Infusionen geplant sind, dokumentieren Sie bitte den Grund hierfür auf der Folgeseite. Wenn der Abbruchgrund ein unerwünschtes Ereignis (UE) ist, tragen Sie bitte die Angaben dazu im UE-Feld ein.</p> <p>Ende einer Therapie</p> <p>Falls nach der letzten dokumentierten Visite ein Biologikum, Small Molecule oder Biosimilar abgesetzt wurde, geben Sie bitte das Enddatum (außer bei MabThera®) und den Grund für das Therapieende auf der nächsten Seite an.</p> <p>Falls ein Patient seit der letzten dokumentierten Visite kein Biologikum, Small Molecule oder Biosimilar erhielt oder aktuell nicht mehr bekommt, weil die Therapie beendet wurde, kreuzen Sie bitte ‚derzeit kein Biologikum / Small Molecule / Biosimilar‘ an.</p> <p>Der Patient bleibt auch nach Therapiewechsel oder -ende in RABBIT!</p>
DMARD (Basistherapie)	<p>MTX: Methotrexat; SASP: Sulfasalazin (Azulfidine® etc.); HCQ / CQ: Hydroxychloroquin (Quensyl®); Chloroquin (Resochin®); Leflunomid: Arava®</p> <p>Andere DMARD: Gold parenteral (Aureotan®, Tauredon®, Aurodetoxin®); Azathioprin (Imurek®); Auranofin (Ridaura®); Cyclosporin A; Cyclophosphamid; D-Penicillamin (Metalcaptase®, Trolovol®)</p> <p>Bitte geben Sie immer die DMARDs der letzten 6 Monate mit der letzten bzw. aktuellen Dosis (in mg) an.</p> <p>Angaben zu Beginn und Ende von DMARD-Therapien gelten analog zu den o.g. Angaben über Biologika- / Small Molecule- / Biosimilartherapien, d.h. sie sind nur notwendig, wenn seit der letzten dokumentierten Visite ein Neubeginn bzw. Ende erfolgte. Dosisänderungen müssen nicht mit Datum dokumentiert werden.</p> <p>Wichtig ist bei Beendigung einer Therapie den Grund für das Therapieende auf der nächsten Seite anzugeben.</p> <p>Der Patient bleibt auch nach Therapiewechsel oder -ende in RABBIT!</p>
Sonstige Therapie	<p>Analgetika: z.B. Opiate, Paracetamol</p> <p>NSAR nicht-selektiv: nichtsteroidale Antirheumatika, z.B. Diclofenac, Indomethacin, Ibuprofen</p> <p>Coxibe: selektive COX2-Hemmer z.B. Celebrex® oder Arcoxia®</p> <p>Bitte geben Sie für Analgetika, NSAR und Coxibe den Wirkstoff (ggf. den Präparatenamen) an. Falls der Patient keine dieser Therapien erhält, kreuzen Sie bitte ‚keine derartige Therapie‘ an.</p>

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 / Biosimilar Small Molecule <small>(letzte 6 Monate)</small>	Dosis (in mg) / Applikation	Nur bei Therapiewechsel / Therapieende		
		Beginn <small>(Tag / Monat / Jahr)</small>	Ende <small>(Tag / Monat / Jahr)</small>	DAS28 vor Beginn
<input type="radio"/> Cimzia®	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> alle <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Enbrel®	<input type="text"/> <input type="text"/> alle <input type="text"/> <input type="text"/> , <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="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Humira®	<input type="text"/> <input type="text"/> alle <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Orencia® <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	<input type="text"/> <input type="text"/> alle <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Remicade®	<input type="text"/> <input type="text"/> alle <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> RoActemra® <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	<input type="text"/> <input type="text"/> alle <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Simponi® <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c.	<input type="text"/> <input type="text"/> alle <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> Xeljanz®	<input type="text"/> <input type="text"/> täglich <input type="text"/> <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="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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> MabThera® neuer Zyklus	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<small>Falls noch nicht dokumentiert:</small>				
<input type="radio"/> MabThera® vorheriger Zyklus	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <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"/> <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 / Biosimilar / Small Molecule				

DMARD <small>(letzte 6 Monate)</small>	Dosis <small>(in mg)</small>	Nur bei Therapiewechsel / -ende	
		Beginn <small>Monat / Jahr</small>	Ende <small>Monat / Jahr</small>
<input type="radio"/> MTX	<input type="text"/> <input type="text"/> , <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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 <small>(geschätzte mittlere Tagesdosis)</small>
<input type="radio"/> aktuell <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mg/d
<input type="radio"/> letzte 6 Monate <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mg/d
<input type="radio"/> keine systemischen Glukokortikoide <small>(aktuell und letzte 6 Monate)</small>

Labor
CRP <input type="text"/> <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 biosim biowapp	applso1 applbios
BIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	APP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ST <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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

Erläuterungen zum Arztbogen T12 Seite 2

Fragen zur Therapie, zum Gelenkstatus und zu unerwünschten Ereignissen müssen von der Ärztin / dem Arzt ausgefüllt werden; alle anderen Felder (Patientenstammdaten) können auch von Mitarbeitern ausgefüllt werden.

Frage	Erklärung
Therapieende	<p>Falls Sie auf der vorherigen Seite ein Therapieende für Biologika, DMARDs, Biosimilars oder Small Molecules dokumentiert haben, dann geben Sie hier bitte den Abbruchgrund an.</p> <p>Falls Sie MabThera® nach einem in RABBIT dokumentierten früheren Zyklus nicht fortsetzen, nutzen Sie bitte dieses Feld, um den Grund dafür anzugeben.</p>
Aktueller Gelenkstatus	<p>Geschwollene Gelenke:</p> <p>Damit ist eine Weichteilschwellung im Bereich des Gelenkspaltes gemeint. Bei Feststellung eines Gelenkergusses liegt auf jeden Fall eine Gelenkschwellung vor. Weder knöcherne Auftreibungen noch Deformierung der Gelenke sind Bestandteil einer Gelenkschwellung.</p> <p>Druckschmerzhafte Gelenke:</p> <p>Für die Feststellung einer Druckschmerzhaftigkeit sollte der Untersucher mit Daumen und Zeigefinger einen solchen Druck auf das Gelenk ausüben, dass eine Abblassung des Nagelbettes der untersuchenden Finger sichtbar wird. Beim Schultergelenk wird auch der Bewegungsschmerz gezählt.</p> <p>Falls keines der dargestellten 28 Gelenke schmerzhaft oder geschwollen ist, kreuzen Sie bitte ‚keines dieser 28 Gelenke schmerzhaft‘ oder ‚keines dieser 28 Gelenke geschwollen‘ an.</p>
Kürzel des Nachnamens des Patienten	<p>Diese Angabe dient nur der Prüfung von Übertragungsfehlern bei der Pat.-Nr.. Sie wird anschließend gelöscht.</p>
Unerwünschte Ereignisse (UE)	<p>Bitte dokumentieren Sie jedes unerwünschte Ereignis (UE).</p> <p>Beachten Sie hierzu bitte auch die Patientenangaben auf der 1. Seite des Patientenbogens.</p> <p>Bitte berücksichtigen Sie alle UE, unabhängig von einem möglichen Zusammenhang zur Therapie. Unerwünschte Ereignisse sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle unerwünschten Arzneimittelwirkungen • Infusionszwischenfälle • seit dem letzten Messzeitpunkt andauernde UE (bitte ‚andauernd‘ ankreuzen) • das Neuauftreten oder die Verschlechterung von Begleiterkrankungen • jeder stationäre Krankenhausaufenthalt (auch Gelenk-OP) • alle neu aufgetretenen subjektiven und objektiven Krankheitssymptome • Todesfälle (Bitte füllen Sie dieses Feld mit allen Ihnen zur Verfügung stehenden Angaben aus.) <p>Bitte nutzen Sie dieses Feld auch, um Schwangerschaften, Aborte und Fehlgeburten anzugeben.</p> <p>Weitere Erläuterungen zum Ausfüllen dieses Feldes finden Sie auf der folgenden Seite.</p>

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"/>

--	--	--	--

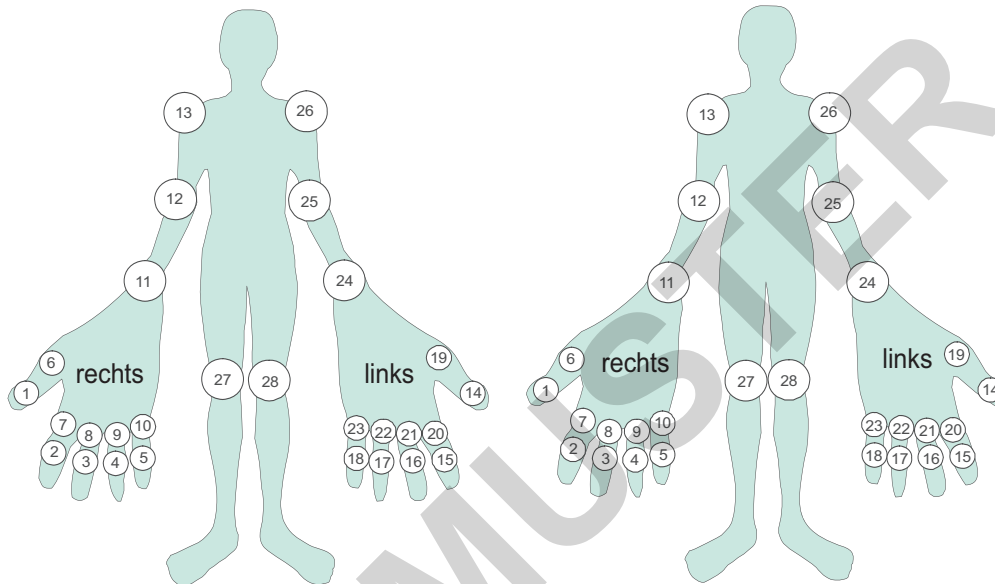
*Bitte dokumentieren Sie das unerwünschte Ereignis auf den Folgeseiten.

--	--	--	--

Aktueller Gelenkstatus (Bitte kreuzen Sie schmerzhafte 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.

Fragen zu unerwünschten Ereignissen müssen von der Ärztin / dem Arzt ausgefüllt werden.

Frage	Erklärung
<p>Unerwünschte Ereignisse (UE)</p>	<p>Im Gegensatz zu „schwerwiegend“ bezeichnet „schwer“ die Intensität eines UE.</p> <p>Intensität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leicht: asymptomatisch, kurze Dauer (< 1 Woche), keine Änderung im Lebensstil, keine Medikamente erforderlich. • Mittel: Beschwerden symptomatisch, Dauer 1 - 2 Wochen, zeitweise Änderung im Lebensstil, Einsatz von Medikamenten. • Schwer: Symptomatik anhaltend aber reversibel, bedeutsame funktionelle Einschränkungen, Medikamente lindern nur partiell oder Wechsel der vermeintlich verursachenden Therapie erforderlich. <p>(nach Empfehlung OMERACT 5 (J Rheumatol 2001, 28: 1163-69))</p> <p>Schwerwiegende UE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UE mit Todesfolge • lebensbedrohliche UE • UE, die einen stationären Krankenhausaufenthalt erforderlich machen oder zur Verlängerung eines stationären Aufenthaltes führen • Fehlbildungen / Geburtsfehler • UE, die zu persistierender oder bedeutsamer Funktionseinschränkung oder Behinderung führen • andere UE, die nicht akut lebensbedrohlich sind oder zu Krankenhausaufenthalten führen, die aber mit einem akuten oder signifikanten Risiko assoziiert sind oder die bestimmte Maßnahmen erfordern, um größere Schäden abzuwenden. Beispiele solcher Ereignisse wären ein allergischer Bronchospasmus oder Krampfanfälle mit oder ohne Notwendigkeit eine Rettungsstelle aufzusuchen. (siehe: CPMP/ICH/377/95/E2A, siehe auch www.ema.europa.eu) <p>Jeder stationäre Krankenhausaufenthalt stellt ein schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis dar.</p> <p>Kausalzusammenhang:</p> <p>Bitte orientieren Sie sich bei der Einschätzung an folgenden drei Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es einen zeitlichen Zusammenhang zwischen der Medikamentengabe und dem UE? • Ist das UE pharmakologisch und phänomenologisch begründbar? • Gibt es möglicherweise andere Gründe für das Auftreten des UE?

Erstes UE:

₁ neues Ereignis ₂ bereits in RABBIT dokumentiert **und** seit dem letzten Messzeitpunkt andauernd

Intensität ₁ leicht ₂ mittel ₃ schwer **Beginn** **Dauer des UE** Tage
 (Tag) / Monat / Jahr Bitte zumindest ungefähr

War das UE schwerwiegend?

₁ nein

₂ ja, weil Todesfolge Sterbedatum bedeutsame Funktionseinschränkung

lebensbedrohlich Fehlbildung / Geburtsfehler

Krankenhausaufenthalt von anderes akutes schwerwiegendes UE (siehe Erläuterungen)

bis
 (Tag) / Monat / Jahr (Tag) / Monat / Jahr

Kausalzusammenhang

Biologikum / DMARD / Kinase Inhibitor / Biosimilar	eindeutig	wahr- scheinlich	möglich	unwahr- scheinlich	kein Zusammenhang	unbekannt
.....	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
.....	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
.....	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
.....	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆

Ausgang des UE wiederhergestellt noch nicht wiederhergestellt unbekannt

bleibende Schäden:

Zweites UE:

₁ neues Ereignis ₂ bereits in RABBIT dokumentiert **und** seit dem letzten Messzeitpunkt andauernd

Intensität ₁ leicht ₂ mittel ₃ schwer **Beginn** **Dauer des UE** Tage
 (Tag) / Monat / Jahr Bitte zumindest ungefähr

War das UE schwerwiegend?

₁ nein

₂ ja, weil Todesfolge Sterbedatum bedeutsame Funktionseinschränkung

lebensbedrohlich Fehlbildung / Geburtsfehler

Krankenhausaufenthalt von anderes akutes schwerwiegendes UE (siehe Erläuterungen)

bis
 (Tag) / Monat / Jahr (Tag) / Monat / Jahr

Kausalzusammenhang

Biologikum / DMARD / Kinase Inhibitor / Biosimilar	eindeutig	wahr- scheinlich	möglich	unwahr- scheinlich	kein Zusammenhang	unbekannt
.....	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
.....	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
.....	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆
.....	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆

Ausgang des UE wiederhergestellt noch nicht wiederhergestellt unbekannt

bleibende Schäden:

Sind weitere UE aufgetreten? ₁ nein ₂ ja → **Bitte diese Seite kopieren und mitfaxen.**

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!