

Dokumentation zur Erfassung der Versorgungssituation von Patienten mit gesicherter chronischer Polyarthritis in OWL **2007**

Patient stationär

Datum der Dokumentation

	V	N	G	
1) <u>ID – Vorname, Nachname, Geschlecht (w/m)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6) <u>Körpergröße aktuell (cm)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7) <u>Körpergröße zwischen 20. und 30. Lebensjahr (cm)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8) <u>Gewicht (kg)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17) <u>Raucherstatus</u>	<input type="checkbox"/> 0 = Nichtraucher, 1 = Raucher, 2 = ehemaliger Raucher			
9) <u>Endoprothesen vorhanden?</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	10) <u>Anzahl Finger</u>	<input type="checkbox"/> 11) <u>Anzahl andere</u> <input type="checkbox"/>
16) <u>auf Antrag festgestellter GdB lt. Schwerbehindertengesetz</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = keine Feststellung, N = nicht beantragt
4) <u>Erwerbstätigkeit</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	4a) <u>arbeitssuchend</u>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4b) <u>Erwerbsminderung auf Zeit</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	4c) <u>Erwerbsminderung auf Dauer</u>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5) <u>AU-Tage in den letzten 12 Monaten (für Erwerbstätige und Arbeitssuchende)</u>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="text"/>	Tage	

12) <u>Hauptdiagnose (ICD-10)</u> M 0 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 3) <u>Jahr der Erstmanifestation</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	14) <u>FFbH</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 13) <u>DAS 28</u> <input type="text"/> , <input type="text"/>
---	---

[18), 19) optional]

20) <u>Aktuelle Basistherapie</u> 21) <u>Nicht (mehr) infrage kommende Basistherapie</u> 23) <u>Prednisolon-Äquivalent (mg/d):</u> <input type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>keine</td><td>MTX</td><td>Sulfa</td><td>H/C</td> </tr> </table> </td> <td style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lef</td><td>Gold</td><td>Aza</td><td>Ciclo</td> </tr> </table> </td> <td style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TNF-E</td><td>TNF-A</td><td>TNF-I</td> </tr> </table> </td> <td style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>IL-1</td><td>B-CD20</td><td>andere</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>keine</td><td>MTX</td><td>Sulfa</td><td>H/C</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine	MTX	Sulfa	H/C	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lef</td><td>Gold</td><td>Aza</td><td>Ciclo</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lef	Gold	Aza	Ciclo	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TNF-E</td><td>TNF-A</td><td>TNF-I</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TNF-E	TNF-A	TNF-I	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>IL-1</td><td>B-CD20</td><td>andere</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IL-1	B-CD20	andere
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>keine</td><td>MTX</td><td>Sulfa</td><td>H/C</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine	MTX	Sulfa	H/C	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lef</td><td>Gold</td><td>Aza</td><td>Ciclo</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lef	Gold	Aza	Ciclo	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TNF-E</td><td>TNF-A</td><td>TNF-I</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TNF-E	TNF-A	TNF-I	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>IL-1</td><td>B-CD20</td><td>andere</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IL-1	B-CD20	andere		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
keine	MTX	Sulfa	H/C																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Lef	Gold	Aza	Ciclo																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
TNF-E	TNF-A	TNF-I																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
IL-1	B-CD20	andere																															

27) <u>Stationäre Behandlungen in den letzten 12 Monaten</u> <input type="checkbox"/> nein = Dokumentation endet hier <input type="checkbox"/> ja keine Endoprothese Synovektomie Arthrorese andere	28) <u>OP wegen RA</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 29) <u>AkutKH wegen RA (d):</u> <input type="text"/> 30) <u>AkutKH wegen anderer Erkrankung (d):</u> <input type="text"/> 31) <u>Rehaklinik wegen RA (d):</u> <input type="text"/>
--	---

Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens für Patienten mit chronischer Polyarthrit in Ostwestfalen-Lippe

In den Fragebogen sollen nur Patienten mit **gesicherter** chronischer Polyarthrit (M05..., M06...) aufgenommen werden. Der Fragebogen sollte vollständig ausgefüllt werden. Bitte tragen Sie auch Nullwerte ein, wenn etwas *sicher nicht zutrifft* (Frage 23), *Ihnen aber bekannt ist!* Wenn Sie etwas *nicht wissen* oder *unsicher* sind, lassen Sie bitte das entsprechende Feld frei. Der Krankenkassenstempelbereich kann ausnahmsweise *per Hand* ausgefüllt werden. Bitte angeben: Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname, Postleitzahl des Wohnorts und Geburtsdatum des Versicherten, Versichertenstatus, Vertragsarzt Nummer und Datum der Dokumentation. Dabei bitte Daten linksbündig, nur Geburts- und Dokumentationsdatum rechtsbündig eintragen. Die folgende Tabelle gibt Ihnen einige Erläuterungen zu einzelnen Fragen.

Frage Nr.	Kommentar
1	Erste Stelle: ersten Buchstaben des Patientenvornamens (V) Zweite Stelle: ersten Buchstaben des Patientennachnamens (N) Dritte Stelle: Geschlecht (m = männlich, w = weiblich) (G)
2	
3	Jahr der Erstmanifestation der Krankheit eintragen (JJJJ).
4 (a-c)	Entsprechendes ankreuzen.
5	Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage in den letzten 12 Monaten eintragen, leer = unbekannt.
6	Aktuelle Körpergröße, gerundet auf volle Zentimeter eintragen.
7	Körpergröße zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr (in cm) eintragen. Falls nicht bekannt - freilassen.
8	Aktuelles Körpergewicht, gerundet auf volle Kilogramm eintragen.
9	Bitte zutreffendes ankreuzen. Falls "ja" weiter mit Fragen 10 und 11.
10	Anzahl der Fingergelenkprothesen angeben.
11	Anzahl anderer Gelenkprothesen (Knie, Hüfte etc.) angeben.
12	Hauptdiagnose nach ICD-10 ohne Punkt dazwischen eintragen.
13	Disease Activity Score 28 eintragen.
14	Funktions-Fragebogen-Hannover auf ganze Zahlen gerundet eintragen. Falls nur zweistellig das erste Kästchen bitte frei lassen.
15	
16	Grad der Behinderung bzw. 0 bzw. N rechtsbündig eintragen; leer = unbekannt
17	Entsprechendes eintragen
18	Für optionale Erweiterung des Fragebogens vorgesehen
19	Für optionale Erweiterung des Fragebogens vorgesehen.
20	Aktuelle Basistherapie(n) ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich!).
21	Nicht (mehr) in Frage kommende Therapieform(en) ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich!). MTX = Methotrexat, Sulfa = Sulfasalazin; H/C = Hydroxy-/Chloroquin; Lef = Leflunomid; Aza = Azathioprin; Ciclo = Ciclosporin; TNF-E = Etanercept, TNF-A = Adalimumab; TNF-I = Infliximab; IL-1 = Interleukin-1-Rezeptor-Antagonist; B-CD20 = Rituximab.
22	
23	Verabreichte Tagesdosis an Prednisolon-Äquivalent in Milligramm pro Tag angeben (oral, ≈ Tagesdosis der letzten 3 Monate).
24	
25	
26	
27	Bei stationärer Behandlung in den letzten 12 Monaten bitte "ja" ankreuzen und Fragen 28 bis 31 weiter bearbeiten. Bei "nein" haben Sie die Dokumentation hier abgeschlossen.
28	Bei Operationen in den letzten vergangenen 12 Monaten eins der vorgegebenen fünf Kästchen ankreuzen!
29	Anzahl der Krankenhaustage in den vergangenen 12 Monaten in Akutklinik(en) wegen anderer Erkrankungen eintragen; auch bei stationären chirurgischen Behandlungen wegen Rheuma.
30	Anzahl der Krankenhaustage in den vergangenen 12 Monaten in Akutklinik(en) wegen anderer Erkrankungen eintragen.
31	Anzahl der Krankenhaustage in den vergangenen 12 Monaten in Rehaklinik(en) wegen Rheuma eintragen.