

Screening Checkliste TNF α Antikörper Therapie

I3M-GH-FM

gültig ab: 01. 02. 2011

Version 02

Seite 1 von 1

PatientInnenetikett

Morbus Crohn gastroduod. extens.DD Bef ileoZOeKal ileokolonisch kolonisch
ED entzündlich strikturierend fistulierend
 Colitis Ulcerosa linksseitig extensiv Prim.sk.Chol
 C. Interminata Sakroiliitis Pyod. gangrän. Eryth. nodos. Aphten Uveitis
 therapierefraktär→ intolerant→
 steroidabhängig. **Planung** → Remicade® Humira®

Behandelnde/r Ärztin/Arzt: _____ Datum: _____

Screening(SCR) Re-SCR erfolgt durch Ärztin/Arzt und/oder DGKS A. Beyer in Absprache mit der/dem behandelnden, zuweisenden Ärztin/Arzt

Perianale Abszesse keine lieg. Endlosdrainage seit _____ MR geplant
Symptomatische Darmstenose keine weitere Untersuchungen Chir. Konsil
Maligne od. demyelinisierende Erkr. keine Diagn. seit _____ onkolog. Freigabe vorhanden
Herzinsuffizienz (♥NYHA III-IV) keine **HAD Skala Ergebnis =** A D

Asthma/COPD <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Diab. mell. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Psoriasis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja M.Bechterew <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Neurol.Erkr. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	I n f e k t e Respirator. Infekt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Herpes <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Mykose <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ...	Prävention Derma Termin <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> empf. <input type="checkbox"/> erl am Prävention PAP-Abstrich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> empf. <input type="checkbox"/> erl. am
---	--	---

TBC Disposition Von HPL? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Reisen HPL? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Tb Kontakt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Tb Impfung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beruf:	I m p f u n g e n ja=geimpft nein=möchte keine Impf. Influenza <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> empf. <input type="checkbox"/> erl FSME GI / Auffr. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> empf. <input type="checkbox"/> erl Di-Te-P GI / Auffr. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> empf. <input type="checkbox"/> erl Hepatitis B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> empf. <input type="checkbox"/> erl ... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> empf. <input type="checkbox"/> erl	Risikofaktor Rauchen <input type="checkbox"/> nie geraucht <input type="checkbox"/> seit _____ nicht mehr <input type="checkbox"/> rauchte/Tag Stk Zigaretten → Jahre <input type="checkbox"/> Raucher, im Tag Stk Zigaretten seit _____ Größe cm Gewicht kg
--	---	---

IBD groß ----- <input type="checkbox"/> keine KI Hepatitis A, B, C ----- <input type="checkbox"/> negativ HIV ----- <input type="checkbox"/> negativ Stuhlkultur ----- <input type="checkbox"/> kein Wachstum Clos. difficile Toxin ----- <input type="checkbox"/> nicht nachgew. Quantiferontest ----- <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> pos. MMT gesetzt HZ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> HA <input type="checkbox"/> wir Röntgen C/P ----- <input type="checkbox"/> o. B. MR kleines Becken ----- <input type="checkbox"/> o. B. div. ----- <input type="checkbox"/> ----- Allfälliges	Hausarzt – Remicade® geplant bei _____ Zusage von HA / IZ am _____ Infus. Spez. verständigt am _____ Humira® 1 st shot bestellt am _____ Geplante Termine SCR Besprechung am _____ mit _____ Pat. Info/Schulung am _____ / _____
--	--

INH Prophylaxe <input type="checkbox"/> ja, ab _____	Triple Immunmodulation <input type="checkbox"/> ja → Pneumozystis-Prophylaxe mit Cotrimoxacol (800/160)	_____
Pentasa Granulat 1g Pentasa Granulat 2g Pentasa Tab 500mg Pentasa Supp 500mg Mesagran Granulat 1g Mesagran Granulat 1,5g Salofalk Tab 500mg Salofalk SprStoß/Schaum 1g Salofalk Klysmen 4g Claversal Tab 500mg Claversal Supp 500mg	INH-Agepha 100mg ab _____ Bactrim forte ab Therapiebeginn _____ Salazopyrin Tab 500mg Salazopyrin Supp 500mg	Aprednislon 25mg .. Aprednislon 5mg .. Budosan Kps 3mg .. Entocort Kps 3mg .. Imurek Tab 50mg Immunoprin Tab 50mg Purinethol Tab 50mg Ebetrexat mg s.c. 1x/wo Remicade® letzte Inf. am _____ Humira® letzte Inj. am _____