

CHRONISCH ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN (CED)

BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

DOKUMENTATIONSBOGEN



Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Vorstellungsdatum aktuell	<input type="text"/>
Vorstellungsdatum vorheriges	<input type="text"/>

Basisdaten	<b>Vorstellungsart</b>	<b>Untersuchungsanlass</b>	<b>Diagnose</b>	<b>Wechsel</b> <input type="checkbox"/>	<b>Größe</b> [cm] <input type="text"/> , <input type="text"/>	<b>Knochenalter</b>
	<input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> stationär <input type="checkbox"/> andere chronische Erkrankungen	<input type="radio"/> geplant <input type="radio"/> akut	<input type="radio"/> M. Crohn <input type="radio"/> Colitis ulcerosa <input type="radio"/> Colitis indeterminata			
					<b>Gewicht</b> [kg] <input type="text"/> , <input type="text"/>	

Anamnese	<b>Befinden</b>	<b>Appetit</b>	<b>Alltagsaktivität</b>	<b>Stuhlgang</b>		<b>Bauchschmerzen</b>
	<input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> sehr schlecht	<input type="radio"/> gut <input type="radio"/> mäßig <input type="radio"/> schlecht	Einschränkung <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> geringe <input type="radio"/> deutliche	<b>Konsistenz</b> <input type="radio"/> geformt <input type="radio"/> breiig <input type="radio"/> flüssig	<b>Blut im Stuhl</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> gelegentlich, wenig <input type="radio"/> meistens, wenig <input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> leichte <input type="radio"/> mittelschwere <input type="radio"/> schwere <input type="checkbox"/> nächtliche
		<b>Schulfehltag</b> <input type="text"/>	<b>Tage</b> <input type="text"/>		<input type="text"/> / tagsüber <input type="text"/> / nachts	

Untersuchung	<b>Abdominalbefund</b>	<b>Analbefund</b>	<b>Extraintestinale Symptome</b>	<b>Lippen- / Mundbeteiligung</b>
	<input type="radio"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Druckschmerz <input type="checkbox"/> Resistenz <input type="checkbox"/> Abwehrspannung <input type="checkbox"/> Stoma	<input type="radio"/> unauffällig/reizlose Marissen <input type="radio"/> Rhagade/Fissur <input type="radio"/> inaktive Fistel <input type="radio"/> sezernierende Fistel/Abszess entzündliche Induration <input type="checkbox"/> perianales Ekzem	<input type="radio"/> keine <input type="checkbox"/> Auge <input type="checkbox"/> Fieber > 38,5°C > 3 Tage <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Wirbelsäule <input type="checkbox"/> Leber/Gallenwege/Pankreas <input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="checkbox"/> Gelenke: Schmerzen <input type="checkbox"/> Gelenke: Entzündung <input type="checkbox"/> PSC
	<b>Pubertät nach Tanner</b> PH <input type="text"/> (1-5) B <input type="text"/> (1-5)	<b>Hodenvolumen</b> <input type="text"/> ml	<b>Menarche</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="text"/> (Jahr)	

Labor	<b>Hämoglobin</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> mmol/l <input type="radio"/> g/dl	<b>CRP</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> mg/l <input type="radio"/> mg/dl	<b>Lipase</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> µmol/l*s <input type="radio"/> U/l	<b>Calprotectin</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> mg/kg <input type="radio"/> mg/l
	<b>Hämatokrit</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> %	<b>BSG</b> <input type="text"/>	<b>MCV</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> fl <input type="radio"/> µm³	<b>Laktoferrin</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> mg/kg <input type="radio"/> mg/l
	<b>Thrombozyten</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> Gpt/l <input type="radio"/> 1/µl	<b>ALAT (GPT)</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> µmol/l*s <input type="radio"/> U/l	<b>Albumin i.S.</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> g/l <input type="radio"/> g/dl	<b>Urinuntersuchung</b>
	<b>Leukozyten</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> Gpt/l <input type="radio"/> 1/µl	<b>Gamma-GT</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> µmol/l*s <input type="radio"/> U/l	<b>Kreatinin i.S.</b> <input type="text"/> <input type="radio"/> µmol/l <input type="radio"/> mg/dl	<input type="radio"/> n. durchgef. <input type="checkbox"/> Proteinurie <input type="radio"/> unauff. <input type="checkbox"/> Hämaturie

Apparative Diagnostik	<input type="radio"/> keine	<input type="checkbox"/> Ileokoloskopie	<input type="checkbox"/> Rö-Sellink	<input type="checkbox"/> MRT Becken	<input type="checkbox"/> CT Bauch	<b>Komplikationen / OP</b> <input type="radio"/> keine
	<input type="checkbox"/> Ösophagogastroduodenoskopie	<input type="checkbox"/> Koloskopie	<input type="checkbox"/> MRT Darm	<input type="checkbox"/> Histologie	<input type="checkbox"/> Perianalfistel	<input type="checkbox"/> sonstige Fistel
	<input type="checkbox"/> Rektosigmoidoskopie	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> andere: _____		<input type="checkbox"/> Perianalabszess	<input type="checkbox"/> sonstiger Abszess

Lokalisation	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> keine Änderungen	<input type="checkbox"/> keine neuen Informationen
	<input type="checkbox"/> Ösophagus	<input type="checkbox"/> übriger Dünndarm	<input type="checkbox"/> Colon asc.
	<input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/> term. Ileum	<input type="checkbox"/> Colon trans.
	<input type="checkbox"/> Duodenum	<input type="checkbox"/> Zökum	<input type="checkbox"/> Colon desc.
			<input type="checkbox"/> Sigmoidium
			<input type="checkbox"/> Rektum
			<input type="checkbox"/> Pouch
			<input type="checkbox"/> intraabdom. Absz. <input type="checkbox"/> Stenose
			<input type="checkbox"/> andere: _____
			<input type="checkbox"/> OP: _____ Datum

Bisherige Therapie	<input type="radio"/> keine Therapie	<b>Augenarzttermin seit letzter Vorstellung</b>	<b>Psychosoziale Therapie</b>		
	<b>Oral / i.v. (in mg/d)</b>	SASP (Sulfasalazin) <input type="text"/>	Budesonid <input type="text"/>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
		5-ASA (Mesalazin) <input type="text"/>	<input type="radio"/> Azathioprin <input type="radio"/> 6-MP <input type="text"/>	<b>nicht dokumentierte Vorstellungen seit letzter Dokumentation</b>	
		Kortikoide <input type="radio"/> i.v. <input type="radio"/> p.o. <input type="text"/>	zwischenzeitig Steroidtherapie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/> (Anzahl der Vorstellungen)	
	<b>Ern. Therapie</b>	<input type="checkbox"/> ausschließliche <input type="radio"/> p.o. <input type="radio"/> per Sonde <input type="checkbox"/> nächtliche Sondierung	<input type="checkbox"/> kalorische Supplementierung <input type="checkbox"/> Produkt: _____	<b>Einverständniserklärung liegt vor</b> <input type="radio"/> ja	
	<b>Rektal</b>	<input type="checkbox"/> 5-ASA (Mesalazin) <input type="checkbox"/> Kortikoide <input type="checkbox"/> Budesonid		<b>Ärztliche Gesamtbeurteilung</b>	
<b>andere</b>	<input type="checkbox"/> Methotrexat <input type="checkbox"/> Antibiotika <input type="checkbox"/> Komplementärmedizin <input type="checkbox"/> Eisen	<input type="checkbox"/> Cyclosporin A <input type="checkbox"/> Probiotika <input type="checkbox"/> Calcium/Vitamin D <input type="checkbox"/> Vit. / Spuren.	<input type="radio"/> Remission <input type="radio"/> leichte Aktivität <input type="radio"/> mittelschwere Aktivität <input type="radio"/> schwere Aktivität		
	<b>Therapie Nebenwirkung</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> ja: _____				

Ambulanz-Nr.

Unterschrift: