

Case Report Form

Evaluation klinischer und funktioneller Parameter beim Patienten mit Hämophilie im Alter von über 60 Jahren

Studien-Code: Häm_im_Alter

Patienten-ID: _____

Besuchsdatum: __ . __ . ____
tt. mm. jjjj

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Patienteninformation, Einverständniserklärung und Versicherungsbedingungen erhalten
Datum __ . __ . ____ , Uhrzeit __: __ h
tt. mm. jjjj

Einverständniserklärung unterschrieben
Datum __ . __ . ____ , Uhrzeit __: __ h
tt. mm. jjjj

JÄHRLICHE DATENEINGABE

Zentrum	
Name des Eingebenden	
Email für Rückfragen	
Fall-Nr. (pro Zentrum kumulativ mit 1 beginnend)	

DEMOGRAFIE

Geburtsjahr..... _ _ _ _

Geschlecht weiblich männlich

Case Report Form	
Studien-Code: Häm_im_Alter	Patienten-ID: _____

BMI

Größe..... , _ _ m
Gewicht..... , _ kg

ANAMNESE

1. Grunderkrankung			
	schwer < 1 %	mittelschwer 1 – 5 %	mild 5 – 40 %
Hämophilie A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämophilie B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1. Aktuelle Restaktivität von F.VIII oder F.IX [%] (wenn RA < 1% als „0“ eintragen)			
1.2. Aktueller Hemmkörperstatus	ja	nein	unbekannt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls „ja“, Bethesda-Einheit angeben: _ _ _ _			

2. Gelenkerkrankungen						
Zur Zeit vorhandene Gelenkprothesen (G)/ Arthrodesen (A)			rechts	links	beidseitig	
	Hüfte	G <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie	G <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter	G <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen	G <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSG	G <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Case Report Form

Studien-Code: Häm_im_Alter

Patienten-ID: _____

3. Gelenk OPs im letzten Jahr

- Hüfte rechts
- Hüfte links
- Knie rechts
- Knie links
- Schulter rechts
- Schulter links
- Ellenbogen rechts
- Ellenbogen links
- OSG rechts
- OSG links

4. Aktuelle Infektionserkrankungen

- Chronisch aktive Hepatitis B
- Chronische Hepatitis C
- HIV

4.1. Falls „Hepatitis B“ und/oder „Hepatitis C“, welche virologischen Parameter sind positiv?

	Hepatitis B	Hepatitis C
Virologische Parameter	_____	_____

Case Report Form	
Studien-Code: Häm_im_Alter	Patienten-ID: _____

4.2. Falls „HIV“, wird eine antivirale Therapie durchgeführt?	
ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.1. Wenn „ja“, seit wann?	Jahr ____ _
4.2.2. Wenn „ja“, welche Therapieform/Medikation?	_____

5. Aktuelle Begleiterkrankungen	
<input type="checkbox"/> KHK	__ _ Jahre
<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	__ _ Jahre
<input type="checkbox"/> arterielle Thromboembolien	__ _ Jahre
<input type="checkbox"/> venöse Thromboembolien	__ _ Jahre
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	__ _ Jahre
<input type="checkbox"/> arterielle Hypertonie	__ _ Jahre
<input type="checkbox"/> maligne Erkrankung	__ _ Jahre
<input type="checkbox"/> sonstige	__ _ Jahre
<input type="checkbox"/> keine	
falls bekannt, bitte neben jeweiliger Begleiterkrankung das Alter der Erstdiagnose angeben	
5.1. Falls „Thromboembolie“ und/oder „maligne Erkrankung“, um welche Form handelt es sich genau?	
Form der Erkrankung	Thromboembolie _____
	maligne Erkrankung _____

Case Report Form

Studien-Code: Häm_im_Alter

Patienten-ID: _____

6. Aktuelle Medikation

- ASS
- Clopidogrel 75
- Marcumar/Coumadin
- Blutdrucksenker
- Antidiabetika
- sonstige („0“ eintragen)
- keine („0“ eintragen)

7. Anzahl der Gelenkeinblutungen im letzten Jahr

Hüfte	
Knie	
Ellbogen	
Schulter	
OSG	
unbekannt („0“ eintragen)	

8. Anzahl sonstiger Blutungen im letzten Jahr

Gastrointestinale Blutung	
Blutungen aus dem Urogenitaltrakt	
Andere Lokalisation	
Unbekannt („0“ eintragen)	

Häm_im_Alter

Case Report Form	
Studien-Code: Häm_im_Alter	Patienten-ID: _____

9. Aktuelle Substitutionsart							
<input type="checkbox"/> Bedarfsbehandlung <input type="checkbox"/> gelegentliche Prophylaxe <input type="checkbox"/> long-term Prophylaxe							
9.1. Falls „long-term Prophylaxe“, in welchem Alter wurde damit begonnen?							
Lebensjahr angeben _ _ _ _							
9.2. Falls „long-term Prophylaxe“, an wie vielen Tagen in der Woche wird substituiert und wie hoch ist die Dosierung in I.E.? (Bitte ankreuzen)							
Einheiten	1 Tag/W	2 Tage/W	3 Tage/W	4 Tage/W	5 Tage/W	6 Tage/W	7 Tage/W
1000 I.E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1500 I.E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2000 I.E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2500 I.E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3000 I.E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3500 I.E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4000 I.E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4500 I.E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5000 I.E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Case Report Form

Studien-Code: Häm_im_Alter

Patienten-ID: _____

10. Änderung des Substitutionsschemas im letzten Jahr

Schema wurde verändert	ja	nein	unbekannt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.1. Falls „ja“, wohingehend wurde das F.VIII-Substitutionsschema geändert?

Verändert zu	on-demand	Prophylaxe	Erhöhung der Dosis
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...falls „Erhöhung der Dosis“, von _____ I.E. auf _____ I.E.

10.2. Falls „ja“, aus welchem Grund wurde die Änderung vorgenommen?

- Neu begonnene antithrombotische Medikation
- Patient kann Prophylaxe nicht mehr selbst applizieren
- Patient fällt öfter
- Erhöhte Blutungsfrequenz
- sonstiger Grund _____

Case Report Form	
Studien-Code: Häm_im_Alter	Patienten-ID: _____

11. Hospitalisierung im letzten Jahr			
Fachabteilung	Aufnahme	Entlassung	Aufnahmegrund
	---.---.---- tt. mm. jjjj	---.---.---- tt. mm. jjjj	
	---.---.---- tt. mm. jjjj	---.---.---- tt. mm. jjjj	
	---.---.---- tt. mm. jjjj	---.---.---- tt. mm. jjjj	

12. Pflegebedürftigkeit im letzten Jahr					
Pflegestufe	0	I	II	III	III + Härtefallregelung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inanspruchnahme von häuslicher Pflege (durch Angehörige oder Pflegedienst)					
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
Inanspruchnahme von	Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> teilstationär Langzeitpflege <input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> teilstationär				

13. Mortalität	
Patient verstorben	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Todesursache _____, Alter ___	

Alle Seiten geprüft am: ___ . ___ . ___
 tt. mm. jjjj (Unterschrift des Prüfarztes)