RABBIT - SpA - Modul axSpA

Ärztlicher Basisbogen

Erhebungsdatum (Tag der Visite) T T M M J J

Geburtsjahr Patient J J J J

Geschlecht
- ❍ weiblich
- ❍ männlich
- ❍ anderes, und zwar: _____

Beginn SpA-typischer Beschwerden/Symptome ⓘ
M M J J
Monat / Jahr

Erstdiagnose
- ❍ unbekannt

M M J J
Monat / Jahr

Erstkontakt zum Rheumatologen
- ❍ unbekannt

M M J J
Monat / Jahr

Krankenversicherung
- ❍ GKV
- ❍ PKV

Welche klinischen Zeichen einer axialen SpA lagen jemals bei dem Patienten vor? ⓘ

- ❍ Alter bei Erkrankungsbeginn < 45 Jahre
- ❍ über mindestens 3 Monaten anhaltender Rückenschmerz
- ❍ entzündlicher Rückenschmerz ⓘ
- ❍ HLA B27 positiv ⓘ
- ❍ gutes Ansprechen auf NSAR ⓘ
- ❍ positive Familienanamnese ⓘ
- ❍ erhöhtes CPR ⓘ
- ❍ Arthritis ⓘ
- ❍ Enthesitis ⓘ
- ❍ Daktylitis ⓘ
- ❍ Uveitis anterior ⓘ
- ❍ Psoriasis ⓘ
- ❍ Chron. entzündliche Darmerkrankung ⓘ
- ❍ Nachweis einer Sakroilitis in der Bildgebung ⓘ
  - ❍ MRT
  - ❍ Röntgen

Welche Charakteristika treffen / trafen auf die Rückenschmerzen des Patienten zu?

- ❍ Morgensteifigkeit im Rücken mind. 30 min
- ❍ langsamer Beginn der Rückenschmerzen
- ❍ Besserung bei Bewegung
- ❍ keine Besserung bei Ruhe
- ❍ nächtliches Aufwachen wegen Rückenschmerzen insbesondere zweite Nachthälfte
- ❍ alternierender Gesäßschmerz
- ❍ keine dieser Charakteristika treffen zu

Aktuell entzündlicher Rückenschmerz vorhanden?

- ❍ ja
- ❍ nein
- ❍ unklar

Lokalisation:

- ❍ Gesäß
- ❍ Lendenwirbelsäule
- ❍ Brustwirbelsäule
- ❍ Halswirbelsäule

Welche bildgebenden Verfahren wurden durchgeführt? Bitte die jeweils letzte Untersuchung angeben ⓘ

Röntgen/CT Sakroiliakalgelenke ❍ nicht durchgeführt

Grad der Sakroilitis ⓘ

0 – 1 – 2 – 3 – 4 links

0 – 1 – 2 – 3 – 4 rechts

Untersuchung am:
M M J J
Monat / Jahr

Röntgen/CT Wirbelsäule ❍ nicht durchgeführt

Syndesmophyten / Ankylose

- ❍ ja
- ❍ nein

Untersuchung am:
M M J J
Monat / Jahr

MRT Sakroiliakalgelenke ❍ nicht durchgeführt

- aktive Entzündungen ⓘ
  - ❍ ja
  - ❍ nein
- chronische Veränderungen ⓘ
  - ❍ ja
  - ❍ nein

Untersuchung am:
M M J J
Monat / Jahr

MRT Wirbelsäule ❍ nicht durchgeführt

- aktive Entzündungen ⓘ
  - ❍ ja
  - ❍ nein
- chronische Veränderungen ⓘ
  - ❍ ja
  - ❍ nein

Untersuchung am:
M M J J
Monat / Jahr

Musterexemplar

© DRFZ

Wie aktiv ist die Krankheit aktuell (letzte 7 Tage)? (Globalurteil Arzt)

inaktiv 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 hoch aktiv

BASDAI ⓘ ⌊__⌋

ASDAS-CRP ⓘ ⌊__⌋

Größe ⌊__⌋ cm

Gewicht ⌊__⌋ kg

Taillenumfang ⓘ ⌊__⌋ cm

Hüftumfang ⓘ ⌊__⌋ cm

Labor (letzter Wert der letzten 3 Mon.)

CRP ⌊__⌋ mg / l

❍ negativ

HLA-B27 ❍ positiv ❍ negativ ❍ nicht durchgeführt

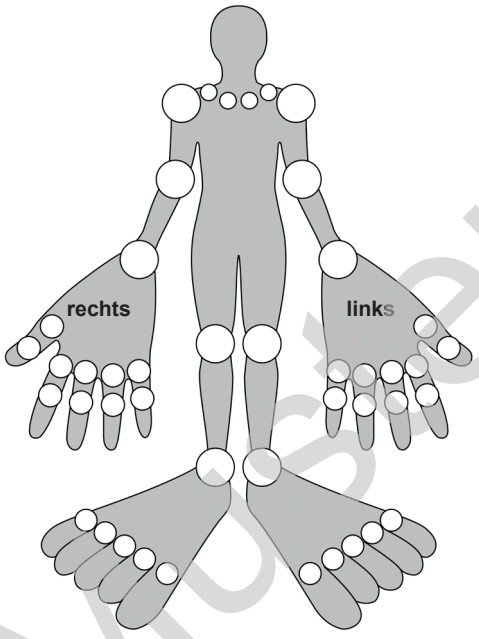
lumbale Lateralflexion ⓘ

rechts ⌊__⌋ cm

links ⌊__⌋ cm

Schober-Maß ⓘ ⌊__⌋ cm

Arthritis



Falls Sie nichts angekreuzt haben:

❍ Keines dieser 44 Gelenke ist betroffen.

Enthesitis

M. supraspinatus-Ansatz

Epicondylus lateralis

Epicondylus medialis

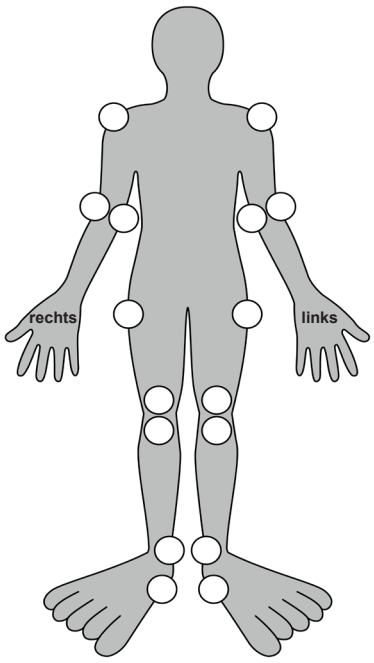
Trochanter major

M. quadriceps-Ansatz an Patella

Patellarsehnen-Ansatz

Achillessehnen-Ansatz

Plantarfaszien-Ansatz



Falls Sie nichts angekreuzt haben:

❍ Keiner dieser 16 Sehnenansatzpunkte ist betroffen.

Liegt aktuell eine Coxitis vor? ❍ ja ❍ nein ❍ unklar

Lokalisation:

❍ links ❍ rechts

Musterexemplar

© DRFZ

Gelenkersatz (Hüfte/Knie)	❍ nein ❍ unbekannt		
	Datum (Monat / Jahr)		**Datum** (Monat / Jahr)
❍ Hüfte links	M M J J	❍ Hüfte rechts	M M J J
❍ Knie links	M M J J	❍ Knie rechts	M M J J

Impfungen	in den letzten 12 Monaten	vor mehr als 12 Monaten	nein	Impfstatus unbekannt
Pneumokokken	❍	❍	❍	❍
Influenza	❍	❍	❍	❍
Herpes Zoster	❍	❍	❍	❍
Covid-19	❍	❍	❍	❍
.....				

Extraartikuläre Manifestationen jemals vorhanden

❍ ja ❍ nein ❍ unklar

Wenn ja,	**aktuell**	**letzte 6 Monate**	**früher**	**Beginn** (Monat / Jahr)
Uveitis anterior/Iritis	❍	❍	❍	M M J J
Psoriasis	❍	❍	❍	M M J J
Chron. entzündliche Darmerkrankungen	❍	❍	❍	M M J J

Art der CED (falls bekannt) ⓘ: .....

Komorbidität ⓘ ❍ nein ❍ ja	**ja**	**Th** ⓘ		**ja**	**Th** ⓘ
arterielle Hypertonie	❍	❑	Hyperlipoproteinämie	❍	❑
koronare Herzerkrankung	❍	❑	Chronische Virushepatits (HBV, HCV)	❍	❑
Herzinsuffizienz (NYHA-Grad: .....)	❍	❑	andere chronische Lebererkrankungen	❍	❑
Kard. Erregungsleitungsstörung (z.B. AV-Block)	❍	❑	Ulcus duodeni/ventriculi	❍	❑
Aortenklappeninsuffizienz	❍	❑	Zöliakie	❍	❑
periphere arterielle Verschlusskrankheiten	❍	❑	latente (inaktive) Tuberkulose	❍	❑
Z.n. Apoplex,TIA	❍	❑	Coxarthrose	❍	❑
Demyelinisierende ZNS-Erkankung	❍	❑	Gonarthrose	❍	❑
Polyneuropathie	❍	❑	degenerative Wirbelsäulenerkrankung	❍	❑
Diabetes mellitus Typ I	❍	❑	Osteoporose	❍	❑
Diabetes mellitus Typ II	❍	❑	nichttraumatische Fraktur ❍ ja ❍ nein		
chronisch obstruktive Atemwegserkrankung	❍	❑	Sjögren-Syndrom	❍	❑
Lungenfibrose	❍	❑	Rheumatoide Arthritis	❍	❑
Asthma bronchiale	❍	❑	Fibromyalgie	❍	❑
maligne Neoplasie Erstdiagnose J J J J Jahr (4-stellig)	❍	❑	Migräne	❍	❑
Lymphom/Leukämie Erstdiagnose J J J J Jahr (4-stellig)	❍	❑	Depression	❍	❑
IgA Nephropathie	❍	❑	andere psychische Erkrankung	❍	❑
chronische Niereninsuffizienz GFR (in ml/min) ❍ <30 ❍ 30 - 59 ❍ 60-89 ❍ ≥ 90	❍	❑	andere Begleiterkrankungen	❍	❑
			.....	❍	❑

Musterexemplar

© DRFZ

Einschlusstherapie ⓘ und laufende Therapie ⓘ

NSAR ⓘ

❍ derzeit keine derartigeTherapie

❍ neue Therapie ❍ Dosiserhöhung ❍ laufende Therapie

	Tagesdosis ⓘ (in mg)		bisherige Tagesdosis bei Dosiserhöhung (in mg)		Beginn Therapie/ Beginn Dosiserhöhung ⓘ (Tag / Monat / Jahr)
❍ **Einschlusstherapie**					
.....		Tage pro Woche		Tage pro Woche	T T M M J J

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

.....

Biologikum/Biosimilar ⓘ

❍ derzeit keine derartigeTherapie

	Dosis (in mg)		Applikationsintervall ⓘ	Beginn ⓘ (Tag / Monat / Jahr)
❍ **Einschlusstherapie**				
.....		alle	.....	T T M M J J

csDMARD

❍ derzeit keine derartigeTherapie

	Dosis (in mg)		Beginn ⓘ (Tag / Monat / Jahr)
❍ **Einschlusstherapie**			
.....		/	T T M M J J
❍ **Einschlusstherapie**			
.....		/	T T M M J J

Wenn Sie oben "Sonstiges" ausgewählt haben, dokumentieren Sie hier bitte den Namen der Substanz (bitte nur Substanzen, die nicht in der Liste erscheinen):

.....

Systemische Glukokortikoide ❍ nein ❍ unbekannt

Prednisolon-Äquivalenzdosis

❍ aktuell _____ mg / d

❍ letzte 3 Monate _____ mg / d

Lokale Injektionen von Glukokortikoiden ❍ nein ❍ unbekannt

(innerhalb der letzten 3 Monate)

❍ periphere Gelenke

❍ Sakroiliakalgelenke

❍ Enthesien

Sonstige Therapien ❍ nein ❍ unbekannt

	aktuell (letzte 7 Tage)	früher
Krankengymnastik	❍	❍
Manuelle Therapie	❍	❍
Massage	❍	❍
Analgetika (nicht Opioide) *(z.B. Novaminsulfon, Paracetamol)*	❍	❍
Analgetika (Opioide) *(z.B. Tramadol, Tilidin)*	❍	❍
Gastroprotektion *(z.B. Protonenpumpenblocker, H2-Blocker, Misoprostol)*	❍	❍

Musterexemplar

© DRFZ

Beendete Therapien ⓘ

NSAR in den letzten 12 Monaten beendet ⓘ

❍ keine derartige Therapie in den letzten 12 Monaten beendet

	Letzte Tagesdosis (in mg)	Tage pro Woche	Beginn (Monat / Jahr)	Ende (Monat / Jahr)	Abbruchgrund: ungenügende Verträglichkeit	Abbruchgrund: ungenügende Wirksamkeit	Abbruchgrund: sonstige Gründe
.....		.....	M M J J	M M J J	❍	❍	❍
.....		.....	M M J J	M M J J	❍	❍	❍
.....		.....	M M J J	M M J J	❍	❍	❍

Biologika/Biosimilar in den letzten 12 Monaten beendet ⓘ

❍ keine derartige Therapie in den letzten 12 Monaten beendet

	Beginn (Monat / Jahr)	Ende (Letzte Gabe) (Monat / Jahr)	Abbruchgrund: ungenügende Verträglichkeit	Abbruchgrund: ungenügende Wirksamkeit	Abbruchgrund: sonstige Gründe
.....	M M J J	M M J J	❍	❍	❍
.....	M M J J	M M J J	❍	❍	❍
.....	M M J J	M M J J	❍	❍	❍

csDMARD in den letzten 12 Monaten beendet ⓘ

❍ keine derartige Therapie in den letzten 12 Monaten beendet

	Beginn (Monat / Jahr)	Ende (Letzte Gabe) (Monat / Jahr)	Abbruchgrund: ungenügende Verträglichkeit	Abbruchgrund: ungenügende Wirksamkeit	Abbruchgrund: sonstige Gründe
.....	M M J J	M M J J	❍	❍	❍
.....	M M J J	M M J J	❍	❍	❍

Vor mehr als 12 Monaten beendete Therapien mit NSAR, Biologika/Biosimilars, csDMARDs

❍ unbekannt ❍ keine derartige Therapie vor mehr als 12 Monaten beendet

NSAR	Biologika / Biosimilar	csDMARD
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Musterexemplar

© DRFZ

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Wenn Sie Fragen oder Probleme haben beim Abschicken des Fragebogens, kontaktieren Sie uns:
per E-Mail: rabbit-spa@drfz.de
per Telefon: 030 / 28460-636

Bitte prüfen Sie Ihre Angaben und ergänzen bzw. korrigieren Sie diese.

Durch korrektes Ausfüllen verringern Sie die Notwendigkeit von späteren Nachfragen durch das DRFZ.

Wenn Sie den Fragebogen trotz Fehler abschicken möchten, dann klicken Sie bitte auf den folgenden Button.

Bitte beachten Sie, dass Sie den Bogen nur abschicken können, wenn mindestens folgende Felder korrekt ausgefüllt sind:

Erhebungsdatum
Geburtsjahr
Geschlecht
Therapieangaben (Seite 4)

Musterexemplar

© DRFZ