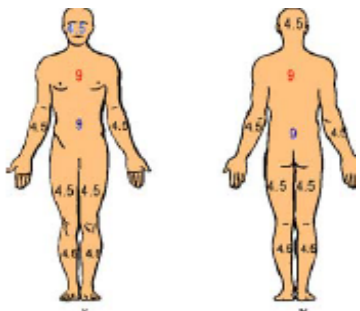



Name: _____

Vorname: _____

Gewicht: _____ kg

Datum: _____

Körperteil		Untersuchungsbefund				Auswertung								
Haut 	Erythem und/oder papuläres Hautexanthem				% Körperoberfläche									
	oberflächliche Sklerose (verformbar)				% Körperoberfläche									
	Tiefe Sklerose (starr)				% Körperoberfläche									
	Ulcera (Wählen Sie eine Läsion aus, messen Sie und geben ihre größte Dimension in cm an. Markieren Sie die Läsion in nebenstehender Skizze)				Beschreibung der Lokalisation: Größte Dimension: _____ cm									
Augen (beidseitiger Schirmer Tränen Test)		Rechtes Auge: _____ mm Durchnässung			Linkes Auge: _____ mm Durchnässung									
Mund 	Mukosa Veränderungen		kein Anhalt für cGvHD		leicht		mäßig		schwer					
	Erythem		kein	0	leichtes oder mäßiges Erythem (< 25%)		1	mäßiges (≥25%) oder schweres Erythem (<25%)		2	schweres Erythem (≥ 25%)		3	
	lichenoide Veränderungen		keine		0	Hyperkeratotische Veränderungen (<25%)		1	Hyperkeratotische Veränderungen (26-50%)		2	Hyperkeratotische Veränderungen (>50%)		3
	Ulcerationen		keine		0	keine		0	Ulcerationen vorhanden (≤20%)		3	schwere Ulcerationen (>20%)		6
	Mukozelen*		keine		0	1-5 Mukozelen		1	6-10 Mukozelen		2	mehr als 10 Mukozelen		3
				* nur Mukozelen der Unterlippe und des weichen Gaumens						Gesamtzahl der Mukozelen Veränderungen:				
Blutwerte		Thrombozyten		Normbereich		Leukozyten		Normbereich		Eosinophile				
		Gpt/l		Gpt/l		Gpt/l		Gpt/l		%				
Leberwerte		Bilirubin		Normbereich		ALAT		Normbereich		Alkalische Phosphatase		Normbereich		
		mmol/l / mg/dl		mmol/l / mg/dl		U/L		U/L		U/L		U/L		

Name: _____

Vorname: _____

Gewicht: _____ kg

Datum: _____

oberer GI - Bereich - vorzeitiges Sättig.gef. - Appetitlosigkeit - Übelkeit und Erbrechen	<i>0=keine Symptome</i> <i>1=milde, zeitweilige Symptome, leichte Reduzierung der Nahrungsaufnahme in der letzten Woche</i> <i>2=mäßige Symptome, mäßige Reduzierung der Nahrungsaufnahme in der letzten Woche</i> <i>3=permanente Symptome, deutliche Reduktion der Nahrungsaufnahme praktisch jeden Tag der letzten Woche</i>													
ösophagealer GI - Bereich - Schluckstörung - schmerzhaftes Schlucken	<i>0=keine ösophagealen Symptome</i> <i>1=zeitweilig, episodische Schluckstörung oder schmerzhaftes Schlucken bei fester Nahrung und Medikamenten in der letzten Woche</i> <i>2= fast tägl. Schluckstör. o. schmerzhaftes Schlucken bei fester Nahrung und Medikamenten, nicht bei Flüssigkeiten u. weicher Nahrung, während der letzten Wochen</i> <i>3=Schluckstör. o. schmerzhaftes Schlucken, fast tägl. in letzten Wochen, bei Nahrungsaufnahme (auch Flüssigkeiten) u. Medikamenten jeden Tag der letzten Woche</i>													
unterer GI - Bereich - Durchfall	<i>0=keinen flüssigen Stuhl in der letzten Woche</i> <i>1=episodisch flüssigen Stuhl, an einigen Tagen der letzten Woche</i> <i>2=häufig flüssigen Stuhl während des ganzen Tages, an fast jedem Tag in der letzten Woche</i>													
Lunge - Bronchiolitis Obliterans	Lungenfunktionstest (bitte Befund beifügen)	FEV-1 % vorhergesagt			Single Breath DLCO (Hb korrigiert) % vorhergesagt									
Funktionelle Fähigkeiten - Geh Zeit - Faust-Schluß - Aktivitäten des täglichen Lebens (getrennter Bogen)	zurückgelegte Strecke in 2 Minuten: Anzahl der Bahnen: _____ (x 50 Schritte) + letzte angefangene Bahn Bahn: _____ Schritte = _____ Anzahl Schritte in 2 Minuten		Stärke der Hand (dominante Hand) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th>Versuch 1</th><th>Versuch 2</th><th>Versuch 3</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>			Versuch 1	Versuch 2	Versuch 3				Gelenkbeweglichkeits-Test: <input type="radio"/> nicht durchgeführt <input type="radio"/> Bericht der Physiotherapie ist beigefügt		
Versuch 1	Versuch 2	Versuch 3												
Karnofsky Index (zutreffendes von 0-100 markieren)														
Keine Einschränkung bei Alltagsaktivitäten, keine spezielle Unterstützung notwendig	100	keine Beschwerden; keine Krankheitszeichen	Arbeit nicht möglich, kann sich aber in der Häuslichkeit weitgehend selbst versorgen, benötigt in unterschiedlichem Maße zeitweise Hilfe	70	versorgt sich selbst; Alltagsaktivitäten aber nur eingeschränkt möglich, Arbeit nicht möglich	kann sich nicht selbst versorgen, stationäre Behandlung oder/und Pflege notwendig; Krankheitsprogression	40	überwiegend Bettlägrig, besondere Hilfe und Unterstützung notwendig						
	90	keine Einschränkung der Alltagsaktivitäten; geringfügig verminderte Aktivität und Belastbarkeit, geringe Krankheitssymptome		60	benötigt gelegentlich Hilfe aber kann sich weitestgehend selbst versorgen		30	Schwerbehinderung, geschulte Pflegekraft notwendig, Patient nicht moribund						
	80	Alltagsaktivitäten nur unter Anstrengung möglich, mäßige Krankheitszeichen		50	benötigt regelmäßig Unterstützung und Pflege sowie häufige medizinische Behandlung		20	Schwerstkranker Patient, Hospitalisierung notwendig, aktive supportive Therapie erforderlich						
					10		moribunder Patient							
					0		Tod							
globale Einschätzung des Behandlers: Ist die cGVHD Ihrer Meinung nach? 1=mild 2=moderat 3=schwer	Wie würden Sie die Schwere der cGVHD des Patienten auf einer Skala von 0-10 einschätzen. (0 = keine Symptome 10 = schlechter geht es nicht.): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 keine cGVHD maximale cGVHD						Wie schätzen Sie die cGVHD aktuell im Vergleich zum Zustand vor einem Monat ein: +3=Sehr viel besser +2=mäßig besser +1=etwas besser 0=gleich -1=etwas schlechter -2=mäßig schlechter -3=sehr viel schlechter							