

# Meldebogen Schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis (SUE)



Zur Vermeidung weiterer Nachfragen durch das CVderm bitten wir Sie, **so vollständig wie möglich** zu dokumentieren und ggf. auch **relevante Laborbefunde und Epikrisen** beizufügen.

Aktuelles Datum |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| | Erstmeldung  Folgebericht

Patienten ID |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_| | Patienteninitialen (Vor-, Nachname) |\_\_|\_|\_|

Geburtsdatum |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| | Geschlecht (m, w) |\_\_|\_|\_| | Größe (cm) |\_\_|\_|\_|\_|\_| | Gewicht (kg) |\_\_|\_|\_|\_|\_|

**Schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis**

aufgetreten am |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| | geendet am |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| | andauernd

**Symptom- und Verlaufsbeschreibung** (ggf. Extrablatt beifügen)

---

**Klassifikation:** stationäre Krankenhausaufnahme  verlängerter Krankenhausaufenthalt   
 lebensbedrohliche Situation  kongenitale Anomalie, Geburtsdefekt   
 neu diagnostiziertes Malignom  Todesfall   
 sonst. schweres klinisches Ereignis

Medikation (Produktname)	Dosis	Applikation	gegeben seit (Datum)	gegeben bis (Datum)	Indikation	Kausalität (Kodierung s. u.)
Systemische Psoriasis-Therapie:					Pso <input type="checkbox"/> PsA <input type="checkbox"/>	
Med./Chargen Nr.:						
Begleitmedikation:						
(ggf. Extrablatt beifügen)						

**Kodierung Kausalität:** 0= Kein Zusammenhang mit der Psoriasis-Therapie, 1= Zusammenhang unwahrscheinlich, 2= Zusammenhang möglich, 3= Zusammenhang wahrscheinlich, 4= Zusammenhang sicher.

Maßnahmen nach SUE	Re-Exposition nach SUE	Ausgang SUE	Verändertes Labor nach SUE
keine <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Schädigung <input type="checkbox"/> nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Dosisreduktion (neue Dosis) _____ <input type="checkbox"/>	Bei Re-Exposition: Erneutes Auftreten?	Sektion: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	(ggf. beifügen)
vorübergehend abgesetzt <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Todesursache: _____	
dauerhaft abgesetzt <input type="checkbox"/>			

Diagnosen	seit (Datum)	bis (Datum)	andauernd	Kommentar (ggf. Extrablatt beifügen)
Psoriasis:				
Vor-, Begleiterkrankungen:				
(ggf. Extrablatt beifügen)				

<b>Meldender Arzt</b>	<b>Adresse</b>	<b>Unterschrift / Stempel</b>
<b>Fachrichtung</b>	<b>Telefon / e-mail</b>	

**Bitte umgehend an das CVderm – 040 / 7410- 57227 – faxen!**