

Visite

Arztbogen

 ID:

2. Änderungen der Psoriasis-Therapie: Bitte geben Sie unbedingt Produktnamen an.

→ Hinweis: Diesen Bogen nur ausfüllen, wenn es seit der letzten Erhebung zu Änderungen der Therapie gekommen ist.

Abgebrochene Psoriasis-Therapien:

Produktname	Therapieende	Grund des Abbruchs: *Nebenwirkungen bitte auch im UE-Bogen vermerken			
	(TT/MM/JJ)	Nebenwirkungen*	Kontraindikation	Abheilung	sonstiges
_____	_ _ _ _ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	_ _ _ _ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	_ _ _ _ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	_ _ _ _ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	_ _ _ _ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Neuverordnungen oder neue Dosierungen: (jeweils Mehrfachantworten möglich)

Biologika-/Biosimilar-Therapie				
Wirkstoff	Produktname	Dosis (mg)	Beginn (TT/MM/JJ)	Applikation
<input type="radio"/> Adalimumab	_ _ _	_ _ _ _ _	alle |_| Wochen |_| x wöchentlich
<input type="radio"/> Etanercept	_ _ _	_ _ _ _ _	alle |_| Wochen |_| x wöchentlich
<input type="radio"/> Certolizumab	_ _ _	_ _ _ _ _	alle |_| Wochen |_| x wöchentlich
<input type="radio"/> Golimumab	_ _ _	_ _ _ _ _	alle |_| Wochen |_| x wöchentlich
<input type="radio"/> Infliximab	_ _ _	_ _ _ _ _	alle |_| Wochen |_| x wöchentlich
<input type="radio"/> Ixekizumab	_ _ _	_ _ _ _ _	alle |_| Wochen |_| x wöchentlich
<input type="radio"/> Secukinumab	_ _ _	_ _ _ _ _	alle |_| Wochen |_| x wöchentlich
<input type="radio"/> Ustekinumab	_ _ _	_ _ _ _ _	alle |_| Wochen |_| x wöchentlich
<input type="radio"/>	_ _ _	_ _ _ _ _	alle |_| Wochen |_| x wöchentlich

Systemische Therapie und UV				Indikation für die <u>aktuelle</u> Biologika-/ Biosimilar-/ System-Therapie durch
Wirkstoff	Produktname	Dosis (mg)	Beginn(TT/MM/JJ)	
<input type="radio"/> Apremilast Tbl.	_ _ _ / d	_ _ _ _ _	<input type="radio"/> Schweregrad der Psoriasis <input type="radio"/> Therapierefraktären Verlauf <input type="radio"/> aktive Psoriasis-Arthritis (PsA) <input type="radio"/> rasche radiologische Progression der PsA <input type="radio"/> Unverträglichkeit/Kontraind. der vorherigen Therapie <input type="radio"/> Sonst.:
<input type="radio"/> CyA Kps.	.....	|_|_|_| / d	|_|_|_|_|_|	
<input type="radio"/> Fumarsäure-E.	..... O initial	|_|_| Tbl / d	|_|_|_|_|_|	
<input type="radio"/> Leflunomid Tbl.	.....	|_|_|_| / d	|_|_|_|_|_|	
<input type="radio"/> MTX	..... O p.o. O i.v. O i.m. O s.c	|_|_| ,_|_|/w	|_|_|_|_|_|	
<input type="radio"/> Retinoide Tbl.	.....	|_|_|_| / d	|_|_|_|_|_|	
<input type="radio"/> PUVA system.	.....		|_|_|_|_|_|
<input type="radio"/> UVA/-B	.....		|_|_|_|_|_|
<input type="radio"/>	_ _ _	_ _ _ _ _	

Topische Wirkstoffe	neu verordnet		Beginn (TT/MM/JJ)	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glukokortikosteroide (GCS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _ _ _	Dithranol <input type="radio"/>
Vit. D-Analoga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _ _ _	Salicylsäure <input type="radio"/>
Fixe Komb. Vit.D/GCS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _ _ _	Harnstoff <input type="radio"/>
Vit. A-Analoga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_ _ _ _ _ <input type="radio"/>