

Meldebogen Schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis (SUE)

Bitte füllen Sie den Meldebogen möglichst vollständig aus – unausgefüllte fett umrandete Felder führen dabei automatisch zu Rückfragen. Falls vorliegend können Sie relevante Laborbefunde und Epikrisen beifügen.

Aktuelles Datum __ _ _ _ _ _ _ _	Erstmeldung <input type="radio"/>	Folgebericht <input type="radio"/>
Patienten ID __ _ _ _ _ _	Patienteninitialen (Vor-, Nachname) __ _	
Geburtsdatum __ _ _ _ _ _ _ _	Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers <input type="radio"/>	
	Optional: Größe (cm) __ _ _ _	Optional: Gewicht (kg) __ _ _ _

Schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis (soweit möglich Diagnose ggf. mit Intervention)

aufgetreten am |__|_|_|_|_|_|_|_| geendet am |__|_|_|_|_|_|_|_| andauernd

Symptom- und Verlaufsbeschreibung (ggf. Extrablatt beifügen)

Klassifikation:	stationäre Krankenhausaufnahme <input type="radio"/>	verlängerter Krankenhausaufenthalt <input type="radio"/>
	lebensbedrohliche Situation <input type="radio"/>	bleibende oder schwerwiegende Behinderung/Invalidität <input type="radio"/>
	neu diagnostiziertes Malignom <input type="radio"/>	kongenitale Anomalie, Geburtsdefekt <input type="radio"/>
	sonst. bedeutsames med. Ereignis <input type="radio"/>	Todesfall <input type="radio"/>

Medikation (Produktname) <small>(innerhalb 90 Tage vor/bis SUE Beginn)</small>	Dosis	Applikation	gegeben seit <small>(Datum)</small>	gegeben bis <small>(Datum)</small>	Indikation	Kausalität* <small>(Kodierung s. u.)</small>
Systemische Psoriasisstherapie:					Pso <input type="radio"/> PsA <input type="radio"/>	
Chrg Nr.:				andauernd <input type="radio"/>		
Systemische Psoriasisstherapie:					Pso <input type="radio"/> PsA <input type="radio"/>	
Chrg Nr.:				andauernd <input type="radio"/>		
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.

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

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

Meldender Arzt	Adresse	Unterschrift / Stempel
Fachrichtung	Telefon / e-mail	

Bitte umgehend an das CVderm – 040 / 7410- 44487 – faxen!