

### S3 -Meldebogen zur Schwangerschafts-Nachverfolgung (Stillzeit bis ca. 1 Jahr nach Geburt nur für PsoBest Patientinnen)



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.

PsoBest Pat.	Aktuelles Datum  __ _ _ _ _ _ _ _ _  (TT/MM/JJ)		<input type="radio"/> Erstmeldung	<input type="radio"/> Folgemeldung	
	PsoBest-ID  __ _ _ _ _ _ _ _ _	PsoBest Patient ist: <input checked="" type="checkbox"/> weiblich			
	Geburtsjahr  __ _ _ _ _ _ _ _ _  (JJJJ)	Optional: Größe (cm)  __ _ _ _	Optional: Gewicht (kg)  __ _ _ _		
Angaben zur Stillzeit					
Wurde das Kind nach der Geburt von der Mutter gestillt?					
<input type="radio"/> Nein, weil: _____ (mit Daten zum meldenden Arzt ist die Seite vollständig)					
<input type="radio"/> Ja, Beginn der Stillzeit:  __ _ _ _ _ _ _ _ _  Ende der Stillzeit:  __ _ _ _ _ _ _ _ _  <input type="radio"/> Stillzeit noch andauernd					
<i>Nur für unbekanntes Tag bitte NB eintragen</i>					
<b>Psoriasis-Medikation seit der Geburt</b>					
ggf. Extrablatt beifügen	<b>Produktname</b>	<b>Dosis in mg / Applikationsschema</b>	<b>gegeben seit (TT/MM/JJ)</b>	<b>gegeben bis (TT/MM/JJ)</b>	<b>Maßnahme für Produkt</b>
	_____	Applikationsweg: <input type="radio"/> p.o. <input type="radio"/> s.c. <input type="radio"/> i.m.. <input type="radio"/> i.v.		<input type="radio"/> andauernd	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Dosisänderung von _____ auf _____ <input type="radio"/> pausiert von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____ <input type="radio"/> abgesetzt
	+ Chrg.-Nr.: _____				
	_____	Applikationsweg: <input type="radio"/> p.o. <input type="radio"/> s.c. <input type="radio"/> i.m.. <input type="radio"/> i.v.		<input type="radio"/> andauernd	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Dosisänderung von _____ auf _____ <input type="radio"/> pausiert von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____ <input type="radio"/> abgesetzt
+ Chrg.-Nr.: _____					
<b>Relevante Begleitmedikation seit der Geburt</b>					
ggf. Extrablatt beifügen	<b>Produktname</b>	<b>Dosis Applikation</b>	<b>gegeben seit (TT/MM/JJ)</b>	<b>gegeben bis (TT/MM/JJ)</b>	<b>Indikation</b>
	_____				
	_____				
	_____				
<b>Gesundheits-/Entwicklungsstand des Kindes (freiwillige Angabe)</b>					
ggf. Extrablatt beifügen	Gab es Störungen im Wachstum / Stoffwechsel des Kindes?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende:			
	Gab es neuronale Störungen des Kindes?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende:			
	Gab es Störungen des Immunsystems des Kindes?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende:			
	Gab es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten des Kindes?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende:			
<b>Weitere Ereignisse in Bezug auf Mutter oder Kind in Zusammenhang mit der Geburt oder Stillzeit?</b>					
Gabe es in der Zeit seit der Geburt unerwünschte Ereignisse:					
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, bitte erstellen Sie eine entsprechende SUE-Meldung/UE-Seite und faxen diese.					
<b>Meldender Arzt:</b>		<b>Adresse:</b>	<b>Stempel und Unterschrift:</b>		
_____		_____	_____		

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