Meldebogen
Schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis (SUE)

PsoBest CVderm

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 O Folgebericht O

Patienten ID |__|__|__|__|__|__| **Patienteninitialen (Vor-, Nachname)** |__|__|

Geburtsdatum |__|__|__|__|__|__| **Geschlecht (m, w)** |____| **Größe (cm)** |__|__|__| **Gewicht (kg)** |__|__|__|

Schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis

aufgetreten am |__|__|__|__|__|__| geendet am |__|__|__|__|__|__| andauernd O

Symptom- und Verlaufsbeschreibung (ggf. Extrablatt beifügen)

Klassifikation:				
	stationäre Krankenhausaufnahme	O	verlängerter Krankenhausaufenthalt	O
	lebensbedrohliche Situation	O	bleibende oder schwerwiegende Behinderung/Invalidität	O
	neu diagnostiziertes Malignom	O	kongenitale Anomalie, Geburtsdefekt	O
	sonst. schweres klinisches Ereignis	O	Todesfall	O

Medikation (Produktname)	**Dosis**	**Applikation**	**gegeben seit** (Datum)	**gegeben bis** (Datum)	**Indikation**	**Kausalität** (Kodierung s. u.)
Systemische Psoriasistherapie: Med.-/Chargen Nr.:					Pso O PsA O	
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	O	nein	O	wiederhergestellt	O		
Dosisreduktion	O	ja	O	wiederhergestellt mit Schädigung	O	nein	O
(neue Dosis)_____				nicht wiederhergestellt	O	ja	O
vorübergehend abgesetzt	O	Bei Re-Exposition:		unbekannt	O		
dauerhaft abgesetzt	O	Erneutes Auftreten?		Exitus	O	(ggf. beifügen)	
		nein	O	Sektion: nein O ja O		ja O	
		ja	O	Todesursache:_____			

Diagnosen	**seit** (Datum)	**bis** (Datum)	**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- 57227 – faxen!