

Strukturierte Epikrise (Gastroenterologie-CED)

Angaben zur Person			
			Datum:
Name:			Vorname:
Geburtsdatum:			
Straße:			
PLZ:		Ort:	

Diagnose	
Diagnose: Morbus Crohn (K50.-) Colitis ulcerosa (K51.-) Colitis indeterminata (K50.3)	Erstdiagnose (Jahr): Betreuungszeitraum:

Anamnese	
Familienanamnese (FA)*	
FA für CED:	FA für andere Autoimmunerkrankungen:

Eigenanamnese	Infektiologie/Impfschutz																																										
Auftreten der ersten Beschwerden? Wann? Vor weniger als 3 Monaten Vor weniger als 6 Monaten Vor über einem halben Jahr <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Bauchschmerzen</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td>Durchfall</td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td>Blutige Stühle</td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td>Abgeschlagenheit/Müdigkeit</td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td>Gewichtsverlust</td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td>Wachstumsstillstand</td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> </tr> </table>	Bauchschmerzen	Ja	Nein	Durchfall	Ja	Nein	Blutige Stühle	Ja	Nein	Abgeschlagenheit/Müdigkeit	Ja	Nein	Gewichtsverlust	Ja	Nein	Wachstumsstillstand	Ja	Nein	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Tuberkulose (Anamnese/Quantiferon-Test)</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">Nein</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">Unbekannt</td> </tr> <tr> <td>Röntgen-Thorax</td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="text-align: center;">Unbekannt</td> </tr> <tr> <td>Hepatitis B-Impfung</td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="text-align: center;">Unbekannt</td> </tr> <tr> <td>Impfung lt. STIKO-Empfehlung</td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="text-align: center;">Unbekannt</td> </tr> <tr> <td>Windpocken (Varizellen) durchgemacht?</td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="text-align: center;">Unbekannt</td> </tr> <tr> <td>Impfung gegen Windpocken (Varizellen)</td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="text-align: center;">Unbekannt</td> </tr> </table>	Tuberkulose (Anamnese/Quantiferon-Test)	Ja	Nein	Unbekannt	Röntgen-Thorax	Ja	Nein	Unbekannt	Hepatitis B-Impfung	Ja	Nein	Unbekannt	Impfung lt. STIKO-Empfehlung	Ja	Nein	Unbekannt	Windpocken (Varizellen) durchgemacht?	Ja	Nein	Unbekannt	Impfung gegen Windpocken (Varizellen)	Ja	Nein	Unbekannt
Bauchschmerzen	Ja	Nein																																									
Durchfall	Ja	Nein																																									
Blutige Stühle	Ja	Nein																																									
Abgeschlagenheit/Müdigkeit	Ja	Nein																																									
Gewichtsverlust	Ja	Nein																																									
Wachstumsstillstand	Ja	Nein																																									
Tuberkulose (Anamnese/Quantiferon-Test)	Ja	Nein	Unbekannt																																								
Röntgen-Thorax	Ja	Nein	Unbekannt																																								
Hepatitis B-Impfung	Ja	Nein	Unbekannt																																								
Impfung lt. STIKO-Empfehlung	Ja	Nein	Unbekannt																																								
Windpocken (Varizellen) durchgemacht?	Ja	Nein	Unbekannt																																								
Impfung gegen Windpocken (Varizellen)	Ja	Nein	Unbekannt																																								
Krankheitsspezifische somatische Anamnese																																											
Diagnostik lt. Porto-Kriterien, d. h. Gastroskopie + Koloskopie + Sonographie + MR-Enteroklysma Ja Nein																																											

Ausbreitung		
Morbus Crohn (Paris-Klassifikation)		
A Alter (Age)	A1a 0 bis < 10 Jahre A1b 10 bis 17 Jahre A2 > 17 Jahre	
L Lokalisation (Localisation)	L1 Terminales Ileum L2 Kolon L3 Ileum und Kolon L4 Isolierter Befall am oberen Gastrointestinaltrakt	
B Verhalten (Behaviour)	B1 Entzündlicher, nicht penetrierender/stenosierender Phänotyp B2 Stenosierender Phänotyp B2/B3 Penetrierender und strikturierender Typ (gleichzeitig oder nacheinander) B3 Penetrierender/fistulierender Phänotyp B4 Perianaler Befall	
G Wachstum (Growth)	G0 Keine Wachstumsverzögerung G1 Wachstumsverzögerung	
Colitis ulcerosa (Paris-Klassifikation)		
E Ausbreitung (Extension)	E1 Proktitis E2 Linksseitenkolitis E3 Pankolitis (ab distal der re. Flexur) E4 Pankolitis (einschl. proximal der re. Flexur)	
S Schweregrad (Severity)	S0 Geringere bis moderate Aktivität (PUCAI bis 65) S1 Anhaltend hohe Aktivität (PUCAI > 65)	
Colitis indeterminata (Paris-Klassifikation)		
	ja nein	

Extraintestinale Manifestationen				
Leber:	PSC Autoimmunhepatitis			
Gelenke:	Arthralgien Periphere Arthritis Axiale Arthritis HLA-B27 positiv	pauciartikulär Ja Nein unklar		polyartikulär
Haut:	Erythema nodosum Pyoderma gangraenosum Sonstiges			
Sonstiges:				

Medikamente				
Medikament	Zeitraum	Ansprechen		Nebenwirkungen
		Ja	Nein	
		Ja	Nein	
		Ja	Nein	
		Ja	Nein	
		Ja	Nein	

Ernährungstherapie		
Zeitraum	Ausschließliche Ernährungstherapie (TEN)	Zusätzliche Ernährungstherapie (PEN)

Operationen	
Zeitpunkt	Operation

Komplikationen/Sonstiges

Allgemeiner Teil		
Allgemeine somatische Anamnese		
Geburtsanamnese/Entwicklung:		
relevante Erkrankungen, Operationen, Unfälle etc.:		
Allergien:		
Familiäre Situation Eltern/Anzahl Geschwister/Wohnverhältnisse		
Familienanamnese Angehörige 1. , ggf. 2 Grades		
Eigenanamnese		
Relevante Erkrankungen:		
Muttersprache/Sprachkenntnisse:		
Impfstatus:		
Rauchen/Alkohol/Drogen:		
Psychosoziale Anamnese Belastungsfaktoren, familiäre Situation, Versorgungssituation, Schwerbehindertenstatus etc. Grades)		
Krankenhaus- /Kuraufenthalte		
Jahr	Einrichtung	Indikation
Anmerkungen		

Sozialmedizinische Aspekte			
Grad der Behinderung:	Keiner	Beantragt (%)	
	Anerkannt (%; Zusatz:) bis:		
Fördermaßnahmen			
Ausbildung und Beruf			
Max. Schulabschluss:	Keiner Mittlerer Schulabschluss	Berufsbildungsreife Fachhochschulreife	erweiterte Berufsbildungsreife Abitur
	Sonstige Schule:		
Ausbildung:			
Studium:			
Angestrebter Beruf:			
Bisherige berufliche Tätigkeiten:			
Mitbehandelnde Ärzte			
Kinder-/Jugendarzt:			
Anderer Hausarzt:			
Fachärzte:			
Text zur freien Verfügung			