



Fragebogen zur Erstvorstellung bei Verdacht auf eine autoinflammatorische Erkrankung
Autoinflammation reference center Tübingen

Praxisstempel	Patientendaten	
Direktwahl: E-Mail :	Vorname	
	Nachname	
	Geburtsdatum	
	Telefonnummer	
	E-Mailadresse	

Überweisungsschein an: Zentrum seltene Erkrankungen Tübingen

- Notfall** (innerhalb von wenigen Tagen): Bitte kontaktieren Sie den diensthabenden Facharzt der Kinder Rheumatologie über die Pforte der Kinderklinik: 07071/29-83781
- Regulärer Termin:** meist innerhalb von 3-4 Monaten

1. Bitte skizzieren Sie kurz Ihre Fragestellung:

2. Beginn der Symptomatik:

3. Symptome

Infekt Häufigkeit im letzten Jahr:
 Unmittelbar vorangegangener Infekt:

Fieber:
 nein ja

Episoden/Jahr: Dauer der Episoden: Höhe des Fiebers:

Trigger: Stress, Infekte, Wetterwechsel, Belastung...
 nein ja

Lymphknotenschwellungen:
 nein ja Lokalisation:

Pharyngitis:
 nein ja Episoden /Jahr:

Erregernachweis:
 nein ja welcher:

Abdominelle Beschwerden
nein ja Episoden/Jahr:

Erregernachweis: nein ja welcher:

Gelenkbeschwerden:
nein ja welche:

Nierenbeschwerden:
nein ja

Proteinkontrolle im Urin: pos. neg.

4. Familienanamnese

Gibt es Fiebersyndrome, Rheuma, CED, Psoriasis in der Familie?
nein ja welche:

Herkunft aus dem Mittelmeerraum?
nein ja

Besteht eine Blutsverwandtschaft/ Konsanguinität
nein ja

Amyloidose / Dialyse in der Familie?
nein ja

5. Impfanamnese

Impfungen komplett nach STIKO?
nein ja

Impfunverträglichkeit (welche):

6. Allergien:

nein ja welche:

7. Augenerkrankungen:

nein ja welche:

Wenn nein, bitte einen Termin vereinbaren!

8. Hörminderung:

nein ja Termin beim HNO zum Audiogramm im Hochtonbereich bis 10 Hz

9. Autoimmunkrankheiten:

nein ja welche:

Immundefekt:

nein ja welche:

10. Hauterkrankungen (z.B. Urtikaria)

nein ja welche:

11. Sonstige Auffälligkeiten in Anamnese?

Notwendige Abklärung vor Terminvergabe:

<input type="checkbox"/>	AIDAI Beschwerdekalendar vom Patienten /Eltern ausgefüllt über mind. 2 Monate
--------------------------	---

Laborkontrolle:

<input type="checkbox"/>	Blutbild, Differentialblutbild
<input type="checkbox"/>	Entzündungsparameter: CRP, Blutsenkung, Serumamyloid A im Fieberschub (2.-3. Tag nach Beginn) ohne Anhalt auf einen Infekt und im fieberfreien Intervall
<input type="checkbox"/>	Ausschluss Zöliakie
<input type="checkbox"/>	Immunglobuline: IgA, IgG, IgE
<input type="checkbox"/>	Ausschluss Infektionen: Mykoplasmen, Chlamydien, Streptolysin AK, Yersinien, Campylobacter, Borrelien,
<input type="checkbox"/>	Immunpathologie
<input type="checkbox"/>	Urinstatus
<input type="checkbox"/>	Stuhlprobe auf Calprotektin
<input type="checkbox"/>	Genetischer Befund, wenn vorhanden

Diagnostik:

<input type="checkbox"/>	Abdomensonographie rez krampfartigen Bauchschmerzen ohne Anhalt auf Gastroenteritis
<input type="checkbox"/>	Augenärztliche Kontrolle (Uveitis, Papillenödem)
<input type="checkbox"/>	HNO Kontrolle Audiogramm bei v.a. Muckle-Wells Syndrom

Bitte lassen Sie uns die Anmeldung zusammen mit den notwendigen Untersuchungen, wie untenstehend zukommen.

Bitte beachten Sie, dass wir nur komplett ausgefüllte Anmeldungen entgegennehmen können.

Faxantwort an: 07071/29-25145 oder

Mail an: autoinflammation@med.uni-tuebingen.de

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team des Pädiatrischen Inflammationszentrums
Prof. Dr. Jasmin Kümmerle-Deschner

Bemerkungen: