

Deutsches Netzwerk für Systemische Sklerodermie (DNSS) Erfassungsbogen Covid-19 disease in patients with Systemic Sclerosis

Zentrumsnummer DNSS _____
Patientennummer DNSS ____

Zentrumsnummer EUSTAR _____
Patientennummer EUSTAR ____

Datum der heutigen Vorstellung: ____ - ____ - ____

Geburtsdatum: ____ - ____ - ____
(TT) (MM) (JJJJ)

Geschlecht: M W
Größe: _____ cm; Gewicht: _____ kg

Comorbiditäten:

keine

Diabetes mellitus	ja <input type="checkbox"/>	Jahre (duration) _____	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Arterielle Hypertonie	ja <input type="checkbox"/>	Jahre (duration) _____	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Kardiovaskuläre Erkrankung	ja <input type="checkbox"/>	Jahre (duration) _____	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
COPD	ja <input type="checkbox"/>	Jahre (duration) _____	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/>	Jahre (duration) _____	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	ja <input type="checkbox"/>	Jahre (duration) _____	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Immunsuppression	ja <input type="checkbox"/>	Jahre (duration) _____	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Rauchen	ja <input type="checkbox"/>	Jahre (duration) _____	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

Immunsuppressive Therapie zum Zeitpunkt der Infektion:

keine

Prednisolon >= 10 mg	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Prednisolon < 10 mg	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Cyclophosphamide	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
MTX	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Azathioprin	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
MMF	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
RTX	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Chloroquin	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Hydroxychloroquin	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
TNF-Inhibitor	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Adalimumab <input type="checkbox"/> Infliximab <input type="checkbox"/>	Etanercept <input type="checkbox"/>	Golimumab <input type="checkbox"/>	Certolizumab <input type="checkbox"/>
Autologe Stammzelltransplantation	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Immunglobuline (s.c. oder i.v.)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Tocilizumab	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Abatacept	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
JAK Kinase Inhibitor	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Tacrolimus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>

COVID-19 Erkrankung

Datum der Diagnose: ____ - ____ - ____
(TT) (MM) (JJJJ)

Diagnose bestätigt durch PCR Test aus dem Rachen-Abstrich, Sputum oder BAL?

ja nein unk

Diagnose einer durchgemachten Infektion durch Antikörper im Bluttest

ja nein unk

Testung begründet durch:

Symptome	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Exposition	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>

Beides
Keines

Deutsches Netzwerk für Systemische Sklerodermie (DNSS) Erfassungsbogen *Covid-19 disease in patients with Systemic Sclerosis*

Historie zur Exposition

Keine

Kontakt zu bestätigten Covid-19 Pat. ja nein unk
(z.B. im eigenen Haushalt)

Möglicher Kontakt ja nein unk
(Teilnahme an Veranstaltung bei denen Fälle aufgetreten sind)

Reise (14 Tagen vor Diagnose) ja nein unk

Bitte das Reiseland angeben: _____

Klinik der Infektion

Zeit zwischen Exposition und Auftreten erster Symptome (in Tagen) _____

Erste Symptome:

Keine

Fieber > 37.5°C ja nein unk

Husten ja nein unk

Sputum Produktion ja nein unk

Krankheitsgefühl /Malaise ja nein unk

Muskelschmerzen ja nein unk

Trockener Hals ja nein unk

Rhinitis ja nein unk

Konjunktivitis ja nein unk

Verlust von Geruch-/Geschmack ja nein unk

Diarrhoe ja nein unk

Kurzatmigkeit ja nein unk

Sonstige: _____

Hat der Pat. eine Pneumonie ja nein unk

Pneumonie diagnostiziert durch:

Klinik ja nein unk

Röntgen Thorax ja nein unk

CT Thorax ja nein unk

 Unilateral ja nein unk

 Bilateral ja nein unk

Radiologische Befunde

Ground glass ja nein unk

Consolidative opacities ja nein unk

Septal thickening ja nein unk

Crazy paving pattern ja nein unk

Laboregebnisse (schlechtester Befund während der Erkrankung)

WBC _____ /mm³ or not performed(for all)

Lymphozyten _____ / mm³

Hb _____ g/dl

PLT _____ /mm³

Krea _____ mg/dl

Albumin _____ mg/dl

Bilirubin _____ mg/dl

Deutsches Netzwerk für Systemische Sklerodermie (DNSS) Erfassungsbogen Covid-19 disease in patients with Systemic Sclerosis

D-Dimers _____ µg/mL
 Quick _____ %
 PTT _____ s
 Fibrinogen _____ g/dl
 CRP _____ mg/dl
 BSG _____ mm/h
 Procalcitonin _____ ng/ml
 Ferritin _____ ng/ml
 AST _____ U/L
 ALT _____ U/L
 CK _____ U/L
 Triglyceride _____ mg/dl
 NT-proBNP _____ pg/ml
 Troponin T _____ pg/ml
 Interleukin 6 _____ pg/ml

Versorgung

Isolation zu Hause
 Hospitalisation

Zeit zwischen ersten Auftreten der Symptome und stationärer Aufnahme (in Tagen) _____

Aufnahmegrund

Covid-19 akute Komplikation ja nein unk
 SSc Komplikation ja nein unk

Sonstige: _____

ICU Betreuung ja nein unk

Dauer der Hospitalisation (ges.): < 7 Tage 7-14 Tage >14 Tage

Therapie

Keine Teilnahme an therapeutischer Studie

Sauerstoffgabe ja nein unk Dauer?(Tage) _____
 Nicht-Invasive Beatmung ja nein unk
 Invasive Beatmung ja nein unk
 Extracorporale Membranoxygenierung (ECMO) ja nein unk
 Antivirale Medikament ja nein unk

Welche: _____

Antibiotika ja nein unk

Welche: _____

Chloroquin ja nein unk
 Hydroxychloroquin ja nein unk
 Tocilizumab ja nein unk
 JAK Kinase Inhibitor ja nein unk

Sonstige: _____

Komplikationen

Lungenversagen (ARDS) ja nein unk

Deutsches Netzwerk für Systemische Sklerodermie (DNSS) Erfassungsbogen *Covid-19 disease in patients with Systemic Sclerosis*

Sepsis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Septischer Schock	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Herzversagen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Nierenversagen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>
Macrophagen Aktivierung Syndrom MAS/hemophagozytische Lymphohistiozytose HLH	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	unk <input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

Ausgang

Tod ja nein unk

Datum des Todes: __ __ - - - - - nicht bekannt:

Genesen

Vollständig ja nein unk

Teilweise ja nein unk

Bitte beschreiben _____

Wurde der Patient erneut auf COVID-19 getestet?

ja nein unk

Datum des ersten negativen COVID-19 Tests: __ __ - - - - - nicht bekannt:

Bei Ersterfassung des Patienten füllen Sie bitte unbedingt auch den Erfassungsbogen für Erst-/Wiedervorstellungen (DNSS Bogen) aus!!!