Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stempel des Zentrums**

**Probenbegleitbogen**

**Schleswig-Holstein Register f. Bullöse Autoimmundermatosen**

(vom Arzt auszufüllen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **S** | **H** | **-** | **H** | **L** | **8** | **8** | **0** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Geburtsdatum:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | T | T |  | M | M |  | J | J | J | J | | |
| **Geschlecht:** | männlich  weiblich | |
| **Liegt die Patienteneinwilligung unterschrieben vor?**  ja  neinnein | | |
| **Probenentnahmedatum:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | T | T |  | M | M |  | J | J | J | J |     Serum\* (1 Röhrchen, 9mL; -20°C)  EDTA\* (1 Röhrchen, 9mL; -20°C)  \*Für den Versand der Proben bitte die entsprechende SOP beachten | |
| **Bullöses Pemphigoid** | **Pemphigus Vulgaris** | **Pemphigus foliaceus** |
| **Schleimhautpemphigoid** | **Epidermolysis bullosa acquisita** | **M. Duhring** |
| **Lineare IgA Dermatose** | **Pemphigoid gestationis** | **Andere** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Erstdiagnose** | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | M | M |  | J | J | J | J | | |
| **Auftreten erster Hautveränderungen:** | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | M | M |  | J | J | J | J | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Geburtsland:** | Deutschland | Anderes Land | Unbekannt |
| Patient/in |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Mutter |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Mutter der Mutter |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Vater der Mutter |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Vater |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Mutter des Vaters |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Vater des Vaters |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gibt es in der Familie des Patienten Blutsverwandte, die auch an einer bullösen**  **Autoimmundermatose** **leiden bzw. gelitten haben?**  ja  nein  unbekannt  Bitte angeben wer betroffen ist:  *z.B.* Tante mütterlicherseits : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| *Aktuelle Klinik und Diagnostik* | | | | | | |
| **Anzahl der Läsionen** | | 1 | 2-5 | >5 |  |  |
| **ELISA** | |  |  |  |  |  |
| BP180NC16A | | positiv | Wert (U/ml) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | negativ | Ø erfolgt |
| Desmoglein 1 | | positiv | Wert (U/ml) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | negativ | Ø erfolgt |
| Desmoglein 3 | | positiv | Wert (U/ml) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | negativ | Ø erfolgt |
| Gewebstransglutaminase | | IgG | Wert (U/ml) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | negativ | Ø erfolgt |
|  | | IgA | Wert (U/ml) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | negativ | Ø erfolgt |
| Gliadin-GAF | | IgG | Wert (U/ml) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | negativ | Ø erfolgt |
|  | | IgA | Wert (U/ml) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | negativ | Ø erfolgt |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIF\*** (direkte. Immunfluoreszenz)  linear interzellulär Papillenspitze | C3 | IgG | IgA | negativ | Ø erfolgt |
| **IIF\*** (indirekte Immunfluoreszenz) |  |  |  |  |  |
| Spalthaut  Blasenboden / Blasendach |  | IgG | IgA | negativ | Ø erfolgt |
| Affenösopohagus  linear interzellulär Endomysium |  | IgG | IgA | negativ | Ø erfolgt |
|  |  |  |  |  |  |
| **\*** *Bei Diagnosestellung* |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Und wie lange?** | | | | |
| Demenz | nein | < 1 Jahr | * 1. Jahre | >5 Jahre |
| M. Parkinson | nein | < 1 Jahr | 1-5 Jahre | >5 Jahre |
| Z.n. Apoplex | nein | < 1 Jahr | 1-5 Jahre | >5 Jahre |
| Multiple Sklerose | nein | < 1 Jahr | 1-5 Jahre | >5 Jahre |
| Psychose | nein | < 1 Jahr | 1-5 Jahre | >5 Jahre |
| Diabetes mellitus Typ II | nein | < 1 Jahr | 1-5 Jahre | >5 Jahre |
| Arterielle Hypertone | nein | < 1 Jahr | 1-5 Jahre | >5 Jahre |
| Psoriasis | nein | < 1 Jahr | 1-5 Jahre | >5 Jahre |
| Bettlägerigkeit | nein | < 1 Jahr | * 1. Jahre | >5 Jahre |
| Asthma bronchiale | nein | < 1 Jahr | * 1. Jahre | >5 Jahre |
| Atopisches Ekzem | nein | < 1 Jahr | * 1. Jahre | >5 Jahre |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Rhinoconjunctivitis allergica | nein | < 1 Jahr | * 1. Jahre | >5 Jahre |   **Welche weiteren Begleiterkrankungen sind bekannt? Und wie lange?** | | | | | | | | | |
|  | | | nein | < 1 Jahr | | * 1. Jahre | | >5 Jahre | |
|  | | |  | < 1 Jahr | | 1-5 Jahre | | >5 Jahre | |
|  | | |  | < 1 Jahr | | 1-5 Jahre | | >5 Jahre | |
| **Liegen Malignome vor? Seit wann?** | | | | | | | | | |
|  | | nein | | | ja | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | J | J | J | J | | | |
|  | | nein | | | ja | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | J | J | J | J | | | |
| **Welche Medikamente werden zurzeit eingenommen? Und wie lange?** | | | | | | | | | |
|  | < 6 Monate | | | | 6-12 Monate | | * 1. Jahre | | >5 Jahre |
|  | < 6 Monate | | | | 6-12 Monate | | 1-5 Jahre | | >5 Jahre |
|  | < 6 Monate | | | | 6-12 Monate | | 1-5 Jahre | | >5 Jahre |
|  | < 6 Monate | | | | 6-12 Monate | | 1-5 Jahre | | >5 Jahre |
|  | < 6 Monate | | | | 6-12 Monate | | 1-5 Jahre | | >5 Jahre |
|  | < 6 Monate | | | | 6-12 Monate | | * 1. Jahre | | >5 Jahre |
|  | < 6 Monate | | | | 6-12 Monate | | * 1. Jahre | | >5 Jahre |
|  | < 6 Monate | | | | 6-12 Monate | | * 1. Jahre | | >5 Jahre |
|  | < 6 Monate | | | | 6-12 Monate | | * 1. Jahre | | >5 Jahre |
|  | < 6 Monate | | | | 6-12 Monate | | * 1. Jahre | | >5 Jahre |
|  | < 6 Monate | | | | 6-12 Monate | | * 1. Jahre | | >5 Jahre |

Kontakt:

UKSH Klinik für Dermatologie, Venerologie u. Allergologie

Dana Schmidt, Ratzeburger Allee 160

23538 Lübeck

Tel. 0451 500 41619/-41696 Dana.Schmidt@uksh.de