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?** janeinnein |
| **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 [ ]  |
| Affenösopohaguslinear 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