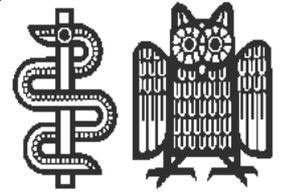


UNIVERSITÄTSKLINIKUM DES SAARLANDES

Klinik für Augenheilkunde

Direktor
Prof. Dr. med. Berthold Seitz

www.uniklinikum-saarland.de/augenklinik



Klinik für Augenheilkunde, 66421 Homburg/Saar, Gebäude 22

Homburg, 15.09.15

Patientenaufkleber

Register der Akanthamöben-Keratitis der Sektion Kornea in der DOG

(B. Seitz / Homburg/Saar, U. Pleyer / Berlin,
T. Reinhard / Freiburg, L. Daas/ Homburg/Saar,
N. Szentmáry/ Homburg/Saar)

Anmeldender Arzt: _____

e-mail _____ Telefon-Nr.: _____

Patientendaten	Vorname		
	Nachname		
	Geburtsdatum		
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Auge	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseits
Beruf des Patienten	<input type="checkbox"/> _____		
Diagnosestellung			
Klinik der Diagnosestellung			
Datum des Symptombeginns			
Datum der Diagnosestellung			
Methode der Diagnostik			
Klinisches Bild			
Konfokale Mikroskopie	<input type="checkbox"/> durchgeführt positiv, <input type="checkbox"/> durchgeführt negativ, <input type="checkbox"/> nicht bekannt, <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt		
Histologische Diagnose	<input type="checkbox"/> durchgeführt positiv, <input type="checkbox"/> durchgeführt negativ, <input type="checkbox"/> nicht bekannt, <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt		
PCR (wo?) _____	<input type="checkbox"/> durchgeführt positiv, <input type="checkbox"/> durchgeführt negativ, <input type="checkbox"/> nicht bekannt, <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt Erregerstamm? _____		
MiBi-Kultur	<input type="checkbox"/> durchgeführt positiv, <input type="checkbox"/> durchgeführt negativ, <input type="checkbox"/> nicht bekannt, <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt		
Nachgewiesene Co- Infektionen			
Sonstige			
Initiale Diagnose	<input type="checkbox"/> Herpes-Keratitis		
	<input type="checkbox"/> Bakterielle-Keratitis		
	<input type="checkbox"/> Pilzkeratitis		
	<input type="checkbox"/> Akanthamöben-Keratitis		
	<input type="checkbox"/>		

Anamnese		
Starke Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja (von wann bis wann „Datum“) □□. □□. □□- □□. □□. □□	<input type="checkbox"/> nein
Vor-Operationen am behandelnden Auge	<input type="checkbox"/> ja Welche: Datum: □□. □□. □□	<input type="checkbox"/> nein
Kontaktlinsenträger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (andere möglichen Ursachen z.B. Trauma): _____
Linsenart (zuletzt)	<input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> Orthokeratologie Kontaktlinsen
Kontaktlinsenpflegemittel zum Zeitpunkt des Symptombeginns		
Wie vielen Jahre insgesamt Kontaktlinsenträger		
Zeitpunkt der <u>ersten</u> lokalen Steroidgabe vor Diagnose (Datum, mittlere Häufigkeit/Tag)	Datum: □□. □□. □□ , 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □, 8 □, stdl. □	
Zeitpunkt der <u>letzten</u> lokalen Steroidgabe vor Diagnose (Datum, mittlere Häufigkeit/Tag)	Datum: □□. □□. □□ , 1 □, 2 □, 3 □, 4 □, 5 □, 8 □, stdl. □	
Befund		
Visus bei der ersten Vorstellung in der Klinik	sc	cc
“Dirty epithelium“	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Keratoneuritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pseudodendritiforme Epitheliopathie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ringinfiltrat bei Diagnose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Limbus überschritten bei Diagnose ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hypopyon bei Diagnose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ein
Vorderkammer Reizzustand	<input type="checkbox"/> ja □ 0/+ /+++ /++++	<input type="checkbox"/> ein
Retrocorneale Beschläge	□ 0/+ /+++ /++++	
Persistierende vordere Synechien (Anzahl der Uhrzeiten) ?	□ 0/+ /+++ /++++ /+++++	
Persistierende hintere Synechien (Anzahl der Uhrzeiten) ?	□ 0/+ /+++ /++++ /+++++	

Epitheldefekt	<input type="checkbox"/> ja (Größe: Länge und Breite in mm) _____ ; _____	<input type="checkbox"/> nein
Deutliche Oberlidschwellung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(Prä-)Mature Katarakt Wann im Verlauf (Datum) ?	<input type="checkbox"/> ja □□. □□. □□	<input type="checkbox"/> nein
Stromale Infiltrate wenn vorhande	<input type="checkbox"/> oberflächlich <input type="checkbox"/> tief	<input type="checkbox"/> monofokal <input type="checkbox"/> multifokal
Tensio bei der ersten Vorstellung in der Klinik (mmHg)	<input type="checkbox"/> RA _____	<input type="checkbox"/> LA _____
Therapie		
Isolierte Kryotherapie Datum:	<input type="checkbox"/> ja □□. □□. □□	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Perforierende Keratoplastik / <input type="checkbox"/> DALK Datum:	<input type="checkbox"/> ja □□. □□. □□	<input type="checkbox"/> nein
Durchmesser	<input type="checkbox"/> _____ mm	<input type="checkbox"/> rund <input type="checkbox"/> elliptisch
Naht	<input type="checkbox"/> Einzelknüpfnähte	<input type="checkbox"/> fortlaufende Naht
Simultane Linsen Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
AMT <u>vor</u> KPL/DALK	<input type="checkbox"/> ja Anzahl: □ _____ Datum erste: □□. □□. □□ Datum letzte: □□. □□. □□	<input type="checkbox"/> nein
AMT <u>nach</u> KPL/DALK	<input type="checkbox"/> ja Anzahl: □ _____ Datum erste: □□. □□. □□ Datum letzte: □□. □□. □□	<input type="checkbox"/> nein
Crosslinking	<input type="checkbox"/> ja Anzahl: □ _____ Datum: □□. □□. □□	<input type="checkbox"/> nein
Kryotherapie simultan mit perforierender Keratoplastik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Brolene-AT	ab wann Datum: □□. □□. □□	wie oft initial:	
Lavasept-AT	ab wann Datum: □□. □□. □□	wie oft initial:	
Antibiose topisch, welches? _____	ab wann Datum: □□. □□. □□	wie oft initial:	
Voriconazol topisch	ab wann Datum: □□. □□. □□	wie oft initial:	
Autologes Serum	ab wann Datum: □□. □□. □□	bis wann Datum: □□. □□. □□	
Konzentration	_____ (%)		
Zeitpunkt der <u>ersten</u> lokalen Steroidgabe nach Diagnose (Datum, mittlere Häufigkeit/Tag)	Datum: □□. □□. □□ 1 <input type="checkbox"/> , 2 <input type="checkbox"/> , 3 <input type="checkbox"/> , 4 <input type="checkbox"/> , 5 <input type="checkbox"/> , 8 <input type="checkbox"/> , stdl. <input type="checkbox"/>		
Zeitpunkt der <u>letzten</u> lokalen Steroidgabe nach Diagnose (Datum, mittlere Häufigkeit/Tag)	Datum: □□. □□. □□ 1 <input type="checkbox"/> , 2 <input type="checkbox"/> , 3 <input type="checkbox"/> , 4 <input type="checkbox"/> , 5 <input type="checkbox"/> , 8 <input type="checkbox"/> , stdl. <input type="checkbox"/>		
Zeitpunkt der lokalen Steroidgabe nach KPL/DALK	Datum: □□. □□. □□	wie oft initial:	wie schnell ausgeschlichen: _____ Monate
Zeitpunkt der lokalen Cyclosporingabe nach KPL/DALK (Datum, mittlere Häufigkeit/Tag)	Datum: □□. □□. □□ 1 <input type="checkbox"/> , 2 <input type="checkbox"/> , 3 <input type="checkbox"/> , 4 <input type="checkbox"/> , 5 <input type="checkbox"/> , 8 <input type="checkbox"/> , stdl. <input type="checkbox"/>		
Andere AT, Welche? (z.B. Cyclosporin A nach KPL) _____	ab wann Datum: □□. □□. □□	wie oft initial: _____ wie lange: _____	
Systemische Therapie? (z.B. Voriconazol sys.) _____	ab wann Datum: □□. □□. □□	wie oft initial: _____ wie lange: _____	
Wie schnell wird Brolene ausgeschlichen?	<input type="checkbox"/> über 3 Monate		
	<input type="checkbox"/> über 6 Monate		
	<input type="checkbox"/> über 9 Monate		
	<input type="checkbox"/> über ein Jahr		
	wann zuletzt nach Operation Datum:		

Wie schnell wird Lavasept ausgeschlichen?	<input type="checkbox"/> über 3 Monate	
	<input type="checkbox"/> über 6 Monate	
	<input type="checkbox"/> über 9 Monate	
	<input type="checkbox"/> über ein Jahr	
	wann zuletzt nach Operation Datum:	
Wie schnell wird lokale Steroidgabe ausgeschlichen?	<input type="checkbox"/> über 3 Monate	
	<input type="checkbox"/> über 6 Monate	
	<input type="checkbox"/> über 9 Monate	
	<input type="checkbox"/> über ein Jahr	
	wann zuletzt nach Operation Datum:	
Wie schnell wird lokale Cyclosporingabe ausgeschlichen?	<input type="checkbox"/> über 3 Monate	
	<input type="checkbox"/> über 6 Monate	
	<input type="checkbox"/> über 9 Monate	
	<input type="checkbox"/> über ein Jahr	
	wann zuletzt nach Operation Datum:	
Follow-up		
Datum der letzten Untersuchung		
Visus am Ende des Nachbeobachtungszeitraumes	sc	cc
Transplantat klar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Immunreaktion	<input type="checkbox"/> ja Datum: □□. □□. □□	<input type="checkbox"/> nein
Rezidiv, Wo (Tx, Wirt)?	<input type="checkbox"/> ja Datum: □□. □□. □□ <input type="checkbox"/> Tx , <input type="checkbox"/> Wirtshornhaut	<input type="checkbox"/> nein
Tensio beim letzten Follow-up	_____ mmHg	
Anzahl der Re-Keratoplastiken (Datum) Durchmesser	<input type="checkbox"/> _____ □□. □□. □□ , _____ mm □□. □□. □□ , _____ mm □□. □□. □□ , _____ mm	
Sequentielle Linsenoperation Datum: ?	□□. □□. □□	
Persistierende vordere Synechien (Anzahl der Uhrzeiten) ?	<input type="checkbox"/> nach KPL , <input type="checkbox"/> nach Kat-Op, <input type="checkbox"/> ohne Op <input type="checkbox"/> 0/+/++/+++/+ + + +	
Persistierende hintere Synechien (Anzahl der Uhrzeiten) ?	<input type="checkbox"/> nach KPL , <input type="checkbox"/> nach Kat-Op, <input type="checkbox"/> ohne Op <input type="checkbox"/> 0/+/++/+++/+ + + +	
Weit entrundete Pupille (ungefährer Durchmesser)	<input type="checkbox"/> ja _____ mm	<input type="checkbox"/> nein
Epitheldefekt bis wann (Datum)	<input type="checkbox"/> ja □□. □□. □□	<input type="checkbox"/> nein
persistierend auf Tx	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datum der nächsten Kontrolle: □□. □□. □□

Vielen Dank

Universitätsklinikum des Saarlandes



Klinik für Augenheilkunde