

Universitätsaugenklinik Düsseldorf

Bitte Zutreffendes ausfüllen bzw. ankreuzen und per FAX schicken an: 0211 - 81 16298

Eine digitale Version des Fragebogens, Informationen zu Diagnose und Therapie finden Sie unter
www.pilzkeratitis.de

Daten eingesandt von: Klinik _____ Name _____ Mail _____

Pat.-Nr. oder Initialen _____ Alter _____ Geschlecht

Beruf (insbesondere genau, wenn in der Landwirtschaft!) _____

Allgemein- / Augenerkrankungen: Diabetes mellitus Rheumatische Erkrankungen Immunsuppression Raucher
 Sonstige relevante Allgemeinerkrankungen _____

Bekannte Augenerkrankungen / Operationen am betroffenen Auge Keine _____

Kontaktlinsen-Träger/in? Ja Nein

Seit wann KL-Träger insgesamt _____ Jahre / Monate dieser Linsen _____ Jahre / Monate

Art der Linsen Silikonhydrogele flexible weiche 2 – 4 Wo flexible weiche 6-12 Mo Orthokeratologielinsen
 Tageslinsen formstabile andere nicht bekannt

Linsenmarke/ Hersteller _____ nicht bekannt

Wie lange wurde eine Linse getragen, als die Symptome erstmals auftraten? _____ Tage / Wochen

Tragemodus: nur tagsüber teilweise nachts regelmäßig nachts

Austausch nach Herstellervorschrift Ja Nein

Aktuelle Pflegemittel Marke _____ Firma _____ keine Angabe

Hygiene Wie lange ist die aktuelle Flasche schon in Gebrauch / angebrochen? _____ Tage / Wochen / Monate

Tägl. Frische Lösung Ja Nein keine Angabe

Duschen mit KL Schwimmen mit KL

Reinigung der Kontaktlinse Wie oft wird KL gereinigt? _____

nur Spüllösung Spüllösung und Desinfektionslösung Speichel Leitungswasser Abreiben mit den Fingern

KL-Behälter wird regelmäßig gereinigt (wie? _____) KL-Behälter wurde zuletzt ausgetauscht am _____

Wasserkontakt? Nein Schwimmen (See/Schwimmbad)

Trauma Nein Ja, mit _____, Datum _____

Regelmäßige Gartenarbeit? Nein Ja, zuletzt _____ Trauma bei Gartenarbeit? Nein Ja _____

Diagnostik

Initiale Diagnose: Herpes-Keratitis Bakterielle-Keratitis OPilzkeratitis Akanthamöben-Keratitis Sonstige

Datum der ersten Vorstellung beim Augenarzt _____ wurde dort korr. Diagnose gestellt? Ja Nein

dort Therapie mit: _____ / _____

_____ / dort in Behandlung bis (Datum) _____

Klinik / Augenarzt der korr. Diagnosestellung _____ Datum der Diagnosestellung _____

Gesicherte mykotische Keratitis Ja Nein nachgewiesener Erreger / Pilz-Stamm: _____

Methode der Diagnostik (je bitte markieren: positiv = +, negativ = -, nicht bekannt = nb, nicht erfolgt= ne)

MiBi-Kultur: + / - / nb / ne Histologische Diagnose: : + / - / nb / ne PCR: : + / - / nb / ne

Ursprung der Probe: VK-Aspirat HH-Abstrich HH-Scraping BH-Abstrich Kontaktlinse

Kontaktlinsen-Behälter Kontaktlinsen-Spüllösung Sonstiges _____

Konfokale Mikroskopie : + / - / nb / ne VK-Spülung/Punktion : + / - / nb / ne

Nachgewiesene Co-Infektionen _____

Resistenzbestimmung: Natamycin _____µg/ml / MHK Amphotericin B _____µg/ml / Fluconazol _____µg/ml

Caspofungin _____µg/ml / Voriconazol _____µg/ml / Anidulafungin _____µg/ml / Posaconazol _____µg/ml

Terbinafin _____µg/ml / Itraconazol _____µg/ml Sonstige _____µg/ml

Befund (Datum) _____

Betroffenes Auge rechts links beide **Datum des Symptombeginns** _____

Was waren das für Symptome? Rotes Auge Fremdkörpergefühl Brennen Tränen Sehverschlechterung

Druckgefühl eitriger Ausfluss Auge morgens verklebt Lichtempfindlichkeit Schmerzen

Bewertung der Schmerzen? Skala von 0 (gar keine Schmerzen) bis 10 (unerträgliche Schmerzen) _____

In welchem Zeitraum bestanden diese Schmerzen? von-bis _____ - _____

Visus bei der ersten Vorstellung in der Klinik sc _____ bestkorr. _____

Tensio bei der ersten Vorstellung in der Klinik am betroffenen Auge (mmHg)? _____

Organbefund bei Erstvorstellung in der Klinik

Deutliche Oberlidschwellung "Dirty epithelium" Epitheldefekt _____ Länge _____ Breite in mm Keratoneuritis

Stromale Infiltrate oberflächlich / tief / monofokal / multifokal Ringinfiltrat bei Diagnose

Limbus überschritten bei Diagnose Retrocorneale Beschläge

Hypopyon horizontal dreidimensional in VK ragend (initial später, wann? _____)

zapfenförmig (initial später, wann? _____) pyramidenförmig (initial später, wann? _____)

Vorderkammer Reizzustand +/+/+++ Pseudodendritiforme Epitheliopathie Glaskörperzellen Irishyperämie

Persistierende vordere Synechien über _____ Uhrzeiten Persistierende hintere Synechien über _____ Uhrzeiten

(Prä-)Mature Katarakt Katarakt im Verlauf entstanden? Wann _____ (Datum) ?

Medikamentöse Therapie

Tropftherapie

Zeitpunkt der ersten lokalen Steroidgabe vor Diagnose _____ als Tropfen subconj. Injection

Zeitpunkt der letzten lokalen Steroidgabe vor Diagnose _____ als Tropfen subconj. Injection

Zeitpunkt der ersten lokalen Steroidgabe nach Diagnose _____ als Tropfen subconj. Injection

Zeitpunkt der letzten lokalen Steroidgabe nach Diagnose _____ als Tropfen subconj. Injection

Steroide _____ seit _____ x tgl / stdl.

Antibiotikum _____ seit _____ x tgl / stdl.

1. Antimykotikum lokal _____ von-bis _____ - _____ x tgl / stdl.

2. Antimykotikum lokal _____ von-bis _____ - _____ x tgl / stdl.

3. Antimykotikum lokal _____ von-bis _____ - _____ x tgl / stdl.

1. Antimykotika systemisch _____ von-bis _____ - _____ x tgl / stdl.

2. Antimykotika systemisch _____ von-bis _____ - _____ x tgl / stdl.

- O 3. Antimykotika systemisch _____ von-bis _____ - _____ x tgl / stdl.
 O Eigenserum (_____ %) _____ von-bis _____ - _____ x tgl / stdl.
 O Anti-Amöboide Therapie _____ von-bis _____ - _____ x tgl / stdl.
 O Sonstige _____ von-bis _____ - _____ x tgl / stdl.

.....
Operative Therapie

- O 1. VK-Spülung (Datum _____ / Eingabe von: _____ / Diagnostik: _____)
 O 2. VK-Spülung (Datum _____ / Eingabe von: _____ / Diagnostik: _____)
 O 3. VK-Spülung (Datum _____ / Eingabe von: _____ / Diagnostik: _____)
 O 4. VK-Spülung (Datum _____ / Eingabe von: _____ / Diagnostik: _____)
 O 5. VK-Spülung (Datum _____ / Eingabe von: _____ / Diagnostik: _____)
 O 6. VK-Spülung (Datum _____ / Eingabe von: _____ / Diagnostik: _____)
 O Abrasio (Datum _____ / Datum _____ / Datum _____)
 O Kryotherapie (Datum _____)
 O Perforierende Keratoplastik / DALK Datum _____, Durchmesser _____ mm
 Form der Keratoplastik: rund O elliptisch O Naht: O Einzelknüpfnähte O fortlaufender Faden
 O Simultane Linsen Chirurgie O Simultane Kryotherapie O Simultane Vitrektomie
 O Amnionmembrantransplantation vor KP/DALK
 (Anzahl _____, Datum erste _____, Datum letzte _____)
 O Amnionmembrantransplantation nach KP/DALK
 (Anzahl _____, Datum erste _____, Datum letzte _____)
 Steroidgabe nach Keratoplastik: Erste: _____ Wie oft: _____ Ausgeschlichen über _____ Monate
 Weitere Immunsuppressiva nach Keratoplastik: _____
 Weitere Eingriffe: _____

.....
Follow-up

- Datum der letzten Untersuchung _____
 Visus sc _____ bestkorr. _____
 Tensio am betroffenen Auge (mmHg)? _____
 Hornhaut / Transplantat klar? O Ja O Nein O Immunreaktion O Rezidiv (Im Transplantat, an Wirts-HH)?
 Anzahl der Re-Keratoplastiken _____ (Datum) _____ Durchmesser _____
 O Sequentielle Linsenoperation (Datum _____)
 O Persistierende vordere Synechien über _____ Uhrzeiten O Persistierende hintere Synechien über _____ Uhrzeiten
 O Weit entrundete Pupille (ungefährer Durchmesser _____)
 O Epitheldefekt bis wann bestehend, Datum _____ O persistierender Epitheldefekt auf Tx
 O Aktuelle Therapie: _____

.....
 Sonstiges / Bemerkungen: