

## Register für Sichelzellerkrankungen

### 2. Ersterhebung



Registerzentrale: Dr. R. Dickerhoff, Dr. C. Potthoff, Universitätsklinikum Düsseldorf,  
Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie und Klinische Immunologie, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf,  
Tel: 0211 81 16154, Fax: 0211 81 015 16154, E-Mail: Sichelzelle@med.uni-duesseldorf.de

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

ID Nummer

#### 2.1 Familienanamnese

##### 2.1.1 Eltern

Herkunftsland Vater

Herkunftsland Mutter

	Geburtsjahr	Geschlecht	HbS- Status	Registerpatient
Vater ( <i>leiblicher</i> )	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mutter ( <i>leibliche</i> )	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

##### 2.1.2 Geschwister des Patienten

Geschwister	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1=m 2=w	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Geschwister	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Geschwister	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Geschwister	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

##### 2.1.3 Kinder des Patienten

1. Kind	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1=m 2=w	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Kind	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Kind	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

--	--	--	--

A horizontal number line with 10 equally spaced tick marks. Below each tick mark is a number from 1 to 10, starting from the left and increasing to the right.

| | | |

ID Nummer

--	--	--	--

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

## 2.4 Impfstatus

Hepatitis B	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Datum der letzten Impfung	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Prevenar	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Datum der letzten Impfung	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Pneumovax	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Datum der letzten Impfung	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Hämophilus-Influenza	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Datum der letzten Impfung	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

## 2.5 Medikamente

Penicillin Prophylaxe (*Empfehlung bis zum 5. Geburtstag*) ☐nein ☐ja  
wenn Prophylaxe > 5. Geburtstag, Grund \_\_\_\_\_

Hydroxycarbamid ☐nein ☐ja seit 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
(*Litalir, Siklos, Syrea*)

ACE-Hemmer ☐nein ☐ja seit 

--	--	--	--	--	--	--	--

Andere Medikamente ☐nein ☐ja welche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2.6 klinische Untersuchung

Untersuchungsdatum 

--	--	--	--	--	--	--	--

Körpergewicht in kg 

--	--	--	--

 Perzentile 

--	--

Körperlänge in cm 

--	--	--	--

 Perzentile 

--	--

Pubertäre Entwicklung altersgerecht ☐nein ☐ja

RR 

--	--

 / 

--	--

 mmHg

ID Nummer

--	--	--	--

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

## 2.7 Labor

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

Maßeinheit

Bilirubin gesamt

--	--

--	--

Kreatinin

--	--

--	--

(obere Grenze des Normwertes für Kreatinin bei Sichelzellpatienten **0,8 mg/dl**)

U-Stix

Protein positiv

☐ nein

☐ ja

## 2.8 Diagnostik

### 2.8.1 Sonografie Abdomen (jährlich ab dem 5. Lebensjahr)

Datum der Untersuchung

--	--	--	--	--	--	--	--

Leber

Vergrößerung über Altersnorm

☐ nein

☐ ja

Strukturauffälligkeiten

☐ nein

☐ ja

Länge in der vorderen Axillarlinie

--	--	--	--	--	--

cm

Gallenblase

☐ leer

☐ Gries

☐ Steine

☐ Z.n. Cholezystektomie

Milz

Vergrößerung über Altersnorm

☐ nein

☐ ja

☐ Z.n. Splenektomie

ID Nummer

--	--	--	--

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

## 2.8.2 Kardiologische Befunde *(jährlich ab dem 10. Lebensjahr)*

Datum der Untersuchung 

--	--	--	--	--	--	--	--

EKG

☐ nicht durchgeführt

☐ normal

☐ pathologisch

Rhythmusstörungen

☐ nein

☐ ja

Hypertrophiezeichen

☐ nein

☐ ja

weitere Auffälligkeiten

☐ nein

☐ ja

welche

---

Echokardiografie

☐ nicht durchgeführt

☐ normal

☐ pathologisch

Kontraktilitätsverminderung

☐ nein

☐ ja

V.a. pulmonale Hypertonie

☐ nein

☐ ja

weitere Auffälligkeiten

☐ nein

☐ ja

welche

---

## 7.3 Augenuntersuchung *(jährlich ab dem 10. Lebensjahr)*

Datum der Untersuchung 

--	--	--	--	--	--	--	--

Funduskopie

☐ nicht durchgeführt

☐ normal

☐ pathologisch

Retinaablösung

☐ nein

☐ ja

Proliferative Retinopathie

☐ nein

☐ ja

Glaskörperblutung

☐ nein

☐ ja

Andere

---

Intervention

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

welche

---

---

ID Nummer

--	--	--	--	--

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

**Visusprüfung**

☐ nicht durchgeführt

☐ normal

☐ pathologisch

wenn pathologisch, bitte genaue Angaben

---

---

**Zu welchen speziellen Problemen wünschen Sie Informationen?**

---

---

---

**Bemerkungen**

---

---

\_\_\_\_\_  
Name des dokumentierenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Der Ersterhebung in Kopie beigelegt:**

- ☐ quantitative Hb Analysen
- ☐ DNA Analysen
- ☐ Laborwerte