Deutsches Netzwerk für Systemische Sklerodermie (DNSS)
Erfassungsbogen *Covid-19 disease in patients with Systemic Sclerosis*

Zentrumsnummer DNSS _____ **Zentrumsnummer EUSTAR** _____
Patientennummer DNSS _ _ _ **Patientennummer EUSTAR** _ _ _ _

Datum der heutigen Vorstellung: _ _ _ _ _ _ _ _

Geburtsdatum: _ _ _ _ _ _ _ _
(TT) (MM) (JJJJ)

Geschlecht: M □ W □
Größe:_____cm; Gewicht:____kg

Comorbiditäten:

keine ☐

Diabetes mellitus	ja ☐	Jahre (duration) _____	nein ☐	unk ☐
Arterielle Hypertonie	ja ☐	Jahre (duration) _____	nein ☐	unk ☐
Kardiovaskuläre Erkrankung	ja ☐	Jahre (duration) _____	nein ☐	unk ☐
COPD	ja ☐	Jahre (duration) _____	nein ☐	unk ☐
Asthma	ja ☐	Jahre (duration) _____	nein ☐	unk ☐
Krebserkrankung	ja ☐	Jahre (duration) _____	nein ☐	unk ☐
Immunsuppression	ja ☐	Jahre (duration) _____	nein ☐	unk ☐
Rauchen	ja ☐	Jahre (duration) _____	nein ☐	unk ☐

Sonstige: _____

Immunsuppressive Therapie zum Zeitpunkt der Infektion:

keine ☐

Prednisolon >= 10 mg	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Prednisolon < 10 mg	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Cyclophosphamide	ja ☐	nein ☐	unk ☐
MTX	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Azathioprin	ja ☐	nein ☐	unk ☐
MMF	ja ☐	nein ☐	unk ☐
RTX	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Chloroquin	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Hydroxychloroquin	ja ☐	nein ☐	unk ☐
TNF-Inhibitor	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Adalimumab ☐ Infliximab ☐	Etanercept ☐	Golimumab ☐	Certolizumab ☐
Autologe Stammzelltransplantation	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Immunglobuline (s.c. oder i.v.)	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Tocilicumab	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Abatacept	ja ☐	nein ☐	unk ☐
JAK Kinase Inhibitor	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Tacrolimus	ja ☐	nein ☐	unk ☐

COVID-19 Erkrankung

Datum der Diagnose: _ _ _ _ _ _ _ _
(TT) (MM) (JJJJ)

Diagnose bestätigt durch PCR Test aus dem Rachen-Abstrich, Sputum oder BAL?
ja ☐ nein ☐ unk ☐

Diagnose einer durchgemachten Infektion durch Antikörper im Bluttest
ja ☐ nein ☐ unk ☐

Testung begründet durch:

Symptome	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Exposition	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Beides ☐
Keines ☐

Deutsches Netzwerk für Systemische Sklerodermie (DNSS)
Erfassungsbogen *Covid-19 disease in patients with Systemic Sclerosis*

Historie zur Exposition

Keine ☐

Kontakt zu bestätigten Covid-19 Pat. (z.B. im eigenen Haushalt)	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Möglicher Kontakt (Teilnahme an Veranstaltung bei denen Fälle aufgetreten sind)	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Reise (14 Tagen vor Diagnose)	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Bitte das Reiseland angeben:_____

Klinik der Infektion

Zeit zwischen Exposition und Auftreten erster Symptome (in Tagen)_____
Erste Symptome:

Keine ☐

Fieber > 37.5°C	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Husten	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Sputum Produktion	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Krankheitsgefühl /Malaise	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Muskelschmerzen	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Trockener Hals	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Rhinitis	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Konjunktivitis	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Verlust von Geruch-/Geschmack	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Diarrhoe	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Kurzatmigkeit	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Sonstige: _____

Hat der Pat. eine Pneumonie	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Pneumonie diagnostiziert durch:

Klinik	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Röntgen Thorax	ja ☐	nein ☐	unk ☐
CT Thorax	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Unilateral	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Bilateral	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Radiologische Befunde

Ground glass	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Consolidative opacities	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Septal thickening	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Crazy paving pattern	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Laborergebnisse (schlechtester Befund während der Erkrankung)

WBC	_____ /mm^3	*or not perfomed(for all)*
Lymphozyten	_____ / mm^3	
Hb	_____ g/dl	
PLT	_____ /mm^3	
Krea	_____ mg/dl	
Albumin	_____ mg/dl	
Bilirubin	_____ mg/dl	

D-Dimers	_____ µg/mL
Quick	_____%
PTT	_____s
Fibrinogen	_____ g/dl
CRP	_____ mg/dl
BSG	____ mm/h
Procalcitonin	_____ng/ml
Ferritin	_____ng/ml
AST	_____U/L
ALT	_____U/L
CK	_____U/L
Triglyceride	_____ mg/dl
NT-proBNP	_____pg/ml
Troponin T	_____pg/ml
Interleukin 6	_____pg/ml

Versorgung

Isolation zu Hause ☐
Hospitalisation ☐

Zeit zwischen ersten Auftreten der Symptome und stationärer Aufnahme (in Tagen) _____

Aufnahmegrund

Covid-19 akute Komplikation	ja ☐	nein ☐	unk ☐
SSc Komplikation	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Sonstige: _____

ICU Betreuung	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Dauer der Hospitalisation (ges.): < 7 Tage ☐ 7-14 Tage ☐ >14 Tage ☐

Therapie

Keine ☐ Teilnahme an therapeutischer Studie ☐

Sauerstoffgabe	ja ☐	nein ☐	unk ☐	Dauer?(Tage)_____
Nicht-Invasive Beatmung	ja ☐	nein ☐	unk ☐	
Invasive Beatmung	ja ☐	nein ☐	unk ☐	
Extracorporale Membranoxygenierung (ECMO)	ja ☐	nein ☐	unk ☐	
Antivirale Medikament	ja ☐	nein ☐	unk ☐	

Welche: _____

Antibiotika	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Welche: _____

Chloroquin	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Hydroxychloroquin	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Tocilicumab	ja ☐	nein ☐	unk ☐
JAK Kinase Inhibitor	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Sonstige: _____

Komplikationen

Lungenversagen (ARDS)	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Sepsis	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Septischer Schock	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Herzversagen	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Nierenversagen	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Macrophagen Aktivierung Syndrom MAS/hemophagozytishe Lymphohistiozytose HLH
ja ☐ nein ☐ unk ☐

Sonstige: _____

Ausgang

Tod ja ☐ nein ☐ unk ☐

Datum des Todes: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ nicht bekannt: ☐

Genesen

Vollständig	ja ☐	nein ☐	unk ☐
Teilweise	ja ☐	nein ☐	unk ☐

Bitte beschreiben _____

Wurde der Patient erneut auf COVID-19 getestet?
ja ☐ nein ☐ unk ☐

Datum des ersten negativen COVID-19 Tests: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ nicht bekannt: ☐

Bei *<u>Ersterfassung</u>* des Patienten füllen Sie bitte unbedingt auch den Erfassungsbogen für Erst-/Wiedervorstellungen (DNSS Bogen) aus!!!