

Patientenerfassungsbogen für Patienten mit allogener oder autologer Knochenmark- oder Blutstammzelltransplantation (KMT, PBSZT, Cord blood)

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Krankenhauskürzel:

Patienten-ID	Infektions-ID	Geschlecht w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	Geb.jahr
Aufnahmedatum in die ONKO-KISS Abtlg. _____ TX-Datum: _____			
Datum 200 Tage ab TX (wird in webKess generiert): _____			
Ende der Erfassung (Datum): _____			
Erfassung beendet durch: 200 Tage post-TX <input type="checkbox"/> Verlegung / Entlassung <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/>			
Grunderkrankung:	AML <input type="checkbox"/> CML <input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/> NHL <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AND <input type="checkbox"/>		
Transplantation:	KMT	PBSZT	Cord blood
	autolog <input type="checkbox"/>	autolog <input type="checkbox"/>	
	allogen familiär <input type="checkbox"/>	allogen familiär <input type="checkbox"/>	allogen familiär <input type="checkbox"/>
	allogen fremd <input type="checkbox"/>	allogen fremd <input type="checkbox"/>	allogen fremd <input type="checkbox"/>
Anzahl Patiententage:		Anzahl Neutropenie-Tage:	
<b>während</b> der Neutropenie:	Tage mit ZVK (konv)	Tage mit ZVK (teil)	Tage mit Port
<b>außerhalb</b> der Neutropenie:	Tage mit ZVK (konv)	Tage mit ZVK (teil)	Tage mit Port
Blutstrominfektion: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> mikrobiologisch bestätigte primäre Blutstrominfektion (B1) <input type="checkbox"/> Klinische primäre Blutstrominfektion bei Patienten ≤ 1 Jahr Lebensalter (B2) <input type="checkbox"/> Mukosa-Barrierestörung-assoziierte Blutstrominfektion (B3)			
Datum: _____ Erreger: 1 _____ 2 _____ 3 _____			
Neutropenie-Assoziation	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Gefäßkatheter-Assoziation	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
	falls ja, Art des Zugangs, dem die Infektion zugeordnet werden kann		ZVK (konv) <input type="checkbox"/> ZVK (teil) <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/>
Pneumonie: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Klinisch definierte Pneumonie (C1a) <input type="checkbox"/> Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/ Pilzpneumonie (entsprechend der Definition in Teil B oder Teil C der KISS-Definitionen) (C1b) <input type="checkbox"/> Atypische Pneumonie (entsprechend der Definition in Teil B oder Teil C der KISS-Definitionen) (C1c) <input type="checkbox"/> Pneumonie mit speziellen Erregern bei Patienten mit Immundefizienz/-suppression (C1d)			
Datum: _____ Erreger: 1 _____ 2 _____ 3 _____			
nachgewiesen in (Material) _____			
Neutropenie-Assoziation	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	