



FRAGEBOGEN BEI ANAPHYLAXIE FÜR DIE ARZTPRAXIS

Bitte füllen Sie den Fragebogen nur aus, wenn mindestens eines der folgenden Symptome als Folge einer allergischen/pseudoallergischen Reaktion auftrat: Atemstillstand, Dyspnoe, Stridor, Blutdruckabfall, Tachykardie, Bewusstlosigkeit, Kollaps, Kreislaufstillstand. Es sollen nur Anaphylaxien, die nicht länger als 12 Monate vor dem Erstkontakt in der Praxis liegen, gemeldet werden. Pro Fragebogen wird eine anaphylaktische Reaktion des Patienten dokumentiert. Die Daten werden pseudonymisiert gemäß den Richtlinien des Datenschutzes erfasst.

FOLGENDE PSEUDONYMISIERTE PATIENTENDATEN WERDEN BENÖTIGT:

Anzahl Buchstaben des Nachnamen (bei Doppelnamen nur 1. Name, Titel nicht mitzählen): ____
 3. Buchstabe Vorname: ____ 3. Buchstabe Nachname: ____ Geb.-datum: ____ . ____ . ____ Geschlecht: ____
 Datum des Auftretens der Reaktion ____ . ____ . ____ (falls Tag o. Monat unbekannt: bitte 00 eintragen)

1. ANGABEN ZUR ANAPHYLAKTISCHEN REAKTION**1.1. Welche Reaktion trat auf? Bitte ankreuzen****Haut/Schleimhaut**

- Angioödem
 Flush
 Gen. Erythem
 Gen. Juckreiz
 Gen. Urtikaria

Gastrointestinaltrakt

- Bauchschmerzen
 Durchfall
 Erbrechen
 Inkontinenz
 Übelkeit

Atmung

- Atemstillstand
 Dyspnoe (exp.)
 Stridor (insp.)

Kreislauf

- Bewusstlosigkeit
 Blutdruckabfall
 Kollaps
 Kreislaufstillstand
 Schwindel
 Tachykardie
 Vigilanzminderung

1.2. War der Ausgang letal?

- Ja Nein

1.3. Wo trat die Reaktion auf?

- Arbeitsplatz, Schule, Kindergarten
 Arztpraxis, Krankenhaus
 Öffentlicher Ort (Straße, Kino, etc.)
 Zahnarzt
 Sonstiges: _____

- Unbekannt
 Restaurant, Kantine, Imbiss
 Zu Hause
 Verwandten, Freunden oder Bekannten
 Garten, Wiese, Wald

1.4. Trat die Reaktion erstmalig auf?

- Ja Nein Unbekannt

2. DIAGNOSE**2.1. Welche Maßnahmen wurden zur Diagnosefindung durchgeführt?**

- Persönliche Anamnese Hauttest
 Spezifische IgE-Bestimmung Provokationstest
 Tryptasebestimmung Sonstige

3. AUSLÖSER**3.1. Ist der Auslöser bekannt?**

- Ja Nein begründeter Verdacht

3.2. Nahrungsmittel

welches: _____

3.3. Medikamente

welches: _____

3.4. Insektengifte

welches: _____

3.5. Latex**3.6. Spez. Immuntherapie**

SCIT SLIT welches Präparat: _____ welche Dosis: _____
 welche Firma: _____ welches Allergen: _____

3.7. Sonstige Auslöser:

4. GAB ES KOFAKTOREN?

- Ja Nein

4.1 Körperliche Belastung

welche: _____

4.2 Grunderkrankung

welche: _____

4.3 Medikamente

welche: _____

4.4 Psychische Belastung**4.5 Alkohol****4.6 Menstruation****4.7 Sonstige Kofaktoren:**

5. KÖNNEN SIE PATIENTENSERUM ZUR DIAGNOSTIK ZUR VERFÜGUNG STELLEN? Ja

Nein möglich auf Anfrage

Stempel des Arztes

Bitte an folgende Adresse senden:

Prof. Dr. med. M. Worm/Dr. rer. medic. S. Dölle
 Charité – Universitätsmedizin
 Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
 Charitéplatz 1
 10117 Berlin
 oder per FAX: 030 - 450 518 968



PATIENTENINFORMATION ANAPHYLAXIE-REGISTER FÜR DIE ARZTPRAXIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

Sie/Ihr Kind hatte/n eine schwere Überempfindlichkeitsreaktion (= Anaphylaxie) und werden/wird daher von Ihrem Arzt behandelt. Da es bis heute kaum Daten über die Häufigkeit und Auslöser anaphylaktischer Reaktionen im deutschsprachigen Raum gibt, gibt es das Anaphylaxie-Register. Mittels einer Fragebogenerhebung werden anaphylaktische Reaktionen und deren Behandlung erfasst. Sie können die Forschung auf diesem Gebiet unterstützen, indem Sie die Einwilligung zur Meldung der schweren Überempfindlichkeitsreaktion geben. Die medizinischen Daten werden pseudonymisiert nach den Grundsätzen des Datenschutzes gespeichert. Zusätzlich wird gemäß der „Guten klinischen Praxis“ für den Zeitraum von 10 Jahren von Ihrem behandelnden Arzt der Vor- und Zuname, Geburtsname und das Geburtsdatum gespeichert. Zum einen um mögliche Doppelmeldungen zu identifizieren, zum anderen um Ihnen neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu neuen Therapiemethoden zukommen zu lassen. Personenbezug zu den medizinischen Daten ist nur durch den behandelnden Arzt möglich. Auf Ihren Wunsch hin können die personenbezogenen Daten jedoch jederzeit gelöscht werden. Die medizinischen Daten verbleiben in diesem Fall in anonymisierter Form im Register. Die Teilnahme ist freiwillig. Sie kann jederzeit, auch ohne Angaben von Gründen widerrufen werden, ohne dass dadurch irgendwelche Nachteile für die ärztliche Versorgung entstehen.

Gleichzeitig bieten wir Analysen zur erweiterten Allergiediagnostik an. Dabei werden Allergieantikörper und Botenstoffe der Allergie im Blut bestimmt, die zusätzliche Hinweise zur Ursache der schweren allergischen Reaktion liefern. Zusätzlich werden Untersuchungen durchgeführt, die genetische Ursachen der Anaphylaxie prüfen sollen. Bisher sind noch keine Gene für diese Erkrankung bekannt. Diese Untersuchungen zielen auf eine zukünftige verbesserte Diagnostik ab, von der Patienten langfristig profitieren werden, indem durch eine gesicherte Auslöseridentifizierung das Risiko von Wiederholungsreaktionen gesenkt wird. Auf Anfrage Ihres Arztes können Ihnen die Ergebnisse mitgeteilt werden. Mit Ihrer Einwilligung wird im Rahmen der üblichen Allergiediagnostik zusätzlich Blut (ein Serum- und ein EDTA-Röhrchen) entnommen, mit einem Pseudonym versehen und an der Klinik für Dermatologie, Charité-Berlin untersucht. (Bei Nichtinanspruchnahme den letzten Abschnitt bitte streichen.)

Prof. Dr. med. M. Worm, Leiterin Anaphylaxie-Register

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ANAPHYLAXIE-REGISTER (ZUM VERBLEIB BEIM ARZT)

Hiermit erkläre ich (Untersuchungsteilnehmer/in / Erziehungsberechtigte(r))

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

dass ich durch Herrn/Frau

Name des/der Arztes/Ärztin

mündlich und schriftlich über die Bedingungen der Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem Arzt zu klären. Ich habe insbesondere die mir vorgelegte Patienteninformation verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Rahmen dieser Studie erhobenen Angaben über meine/meines Kindes Gesundheit verschlüsselt und auf elektronischen Datenträgern verarbeitet und die Studienergebnisse in anonymer Form veröffentlicht werden. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich/mein Kind zurückziehen und der Speicherung der Personenidentifikationsdaten jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann. Darüber hinaus bin ich mit der Entnahme, Verschlüsselung, Untersuchung sowie Lagerung meines im Rahmen dieser klinischen Studie entnommenen Blutes für den Zweck der Studie durch den/die Studienarzt/Studienärztin einverstanden.

Unterschrift Teilnehmer/in und Sorgeberechtigte(r)

Ort, Datum

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte(r) (Wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, ist er befugt, alleine als Sorgeberechtigter zu unterzeichnen.)

ERKLÄRUNG DES/DER ARZTES/ÄRZTIN

Hiermit erkläre ich, den/die Untersuchungsteilnehmer/in über die Bedeutung der Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie diese Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

Name und Unterschrift des/der aufklärenden Arztes/Ärztin

Ort, Datum