KARTA PRZEJŚCIA PACJENTA Z ROZPOZNANIEM

**MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW**

Z OPIEKI PEDIATRYCZNEJ DO INTERNISTYCZNEJ

Sekcja Wieku Rozwojowego PTR

|  |  |
| --- | --- |
| **Pediatryczny oddział reumatologiczny**  Adres  Telefon do kontaktu  Adres mailowy: |  |
| Data |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  **pacjenta** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie w momencie przejścia** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data ostatniej oceny** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MIZS postać** | **nieliczno-stawowa** | | **wielo- stawowa RF(-)** | | | **wielo-stawowa RF(+)** | | | | | | **ukladowa** | **z zapalaniem przyczepów ścięgnistych** | | | | | **ŁZS** | | | **niezróżnicowana** |
| **Wyniki badań** | **RF** dodatni/ujemny | | | **Anty-CCP** dodatni/ujemny | | | | | | **ANA** miano | | | | **HLA-B27** dodatni/ujemny | | | | | **HLA Cw6** dodatni/ujemny | | |
| **Aktywność choroby w czasie rozpoznania)** | **OB** | **CRP** | | | **VAS (1-10)** aktywności choroby wg lekarza | | | | | | **VAS (1-10)** aktywności choroby wg pacjenta | | | | **Liczba** aktywnych stawów | | | | | **Liczba** stawów z ograniczeniem ruchomości | |
| **Aktywność choroby w czasie ostatniej wizyty** | **OB** | **CRP** | | | **VAS (1-10)** aktywności choroby wg lekarza | | | | | | **VAS (1-10)** aktywności choroby wg pacjenta | | | | **Liczba** aktywnych stawów | | | | | **Liczba** stawów z ograniczeniem ruchomości | |
| **Remisja w czasie leczenia**  (liczba miesięcy) | | | | | | | | | **Remisja bez leków**  (liczba miesięcy) | | | | | | | | | | | | |
| **Badania obrazowe**  **Stawów (data)** | **USG**  **wysięk**  **pogrubienie błony maziowej**  **PDUS** | | | | | | | **RTG** | | | | | | | | **RM/ TK** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **LECZENIE** | **Aktualne/dawka** | | | | | | Wcześniej/do kiedy | | | | | | | | | | Uwagi (nieskuteczność, obj. niepożądane) | | | | |
| **Metotreksat** |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Hydroxychlorochina/ chlorochina** |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Sulfasalazyna** |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Cyklosporyna A** |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Adalimumab** |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Etanercept** |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Tocilizumab** |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Inne LMPCh** |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Kortykosteroidy systemowe** |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Kortykosteroidy dostawowe** |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Powikłania, w tym**  **uveitis,**  **obj. cushingoidalne**  **inne** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Choroby towarzyszące** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Antykoncepcja** | TAK/NIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ocena samodzielności** |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Uwagi** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lekarz ośrodka pediatrycznego** |  | | | | | | Proponowany ośrodek reumatologiczny dla dorosłych | | | | | | | | | |  | | | | |