

 ms forschungs- und projektentwicklungs-gmbH	Erfassungsdatum	
	Dokumentierende Person	
	Pseudonym	
	Patienten Name	
	Patienten Vorname	

A Patienteneinwilligung

1.1	Datum der Einwilligungserklärung	[][].[][].20 [][]TT.MM.JJJJ	
1.2	Version(en) der aktuell eingeholten Einwilligung(en)		
	☐ MS-Register Ver. 1.0 ☐ MS-Register Ver. 1.0.1	☐ MS-Register Ver. 1.0.2 ☐ MS-Register Ver. 1.1	
1.3	Der Patient stimmt der Teilnahme am MS-Register zu.	☐ ja	☐ nein
1.4	Der Patient stimmt der Teilnahme an weiteren Forschungsvorhaben zu.	☐ ja	☐ nein
1.5	Der Patient stimmt der Möglichkeit einer Kontaktaufnahme zu.	☐ ja	☐ nein

Ein- und Ausschlusskriterien

<i>Bitte überprüfen Sie die Einschlusskriterien.</i>			
2.1	Klinisch isoliertes Syndrom (KIS) oder Schubförmige MS ("relapsing-remitting", RRMS) oder Sekundär progrediente MS (SPMS) oder Primär progrediente MS (PPMS)	☐ ja	☐ nein
<i>Bitte überprüfen Sie die Ausschlusskriterien.</i>			
2.2	Nicht bestimmbare MS Verlaufsform	☐ ja	☐ nein

B Stammdaten

1.1	Geburtsdatum	[][] . [][][][] MM.JJJJ	
1.2	Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich

Diagnosekriterien

2.3	Welche Diagnosekriterien werden benutzt? ☐ Poser ☐ McDonald – Revision 2017 ☐ McDonald – Revision 2010 ☐ McDonald – Revision 2005	 ☐ keine Angabe / unbekannt ☐ McDonald-Kriterien 1 ☐ McDonald-Kriterien 2 ☐ McDonald-Kriterien 3 ☐ McDonald-Kriterien 4 ☐ McDonald-Kriterien 5 ☐ McDonald-Kriterien 6 (<u>nur 2017</u>) ☐ Kriterien nicht zutreffend	
2.4	Liegt nach diesen Kriterien eine MS vor?	☐ ja	☐ nein
	<i>Hinweis: Bei Vorliegen eines klinisch isolierten Syndroms (KIS) ohne Erfüllung der Zusatzkriterien ist hier mit "nein" zu antworten.</i>		
2.5	Liegt ein klinisch isoliertes Syndrom (KIS) vor?	☐ ja	☐ nein

Anamnese

3.1	Beginn der Erkrankung	. (MM).JJJJ ○ Datum unbekannt
3.2	Zeitpunkt der Diagnosestellung	. . (TT).(MM).JJJJ ○ Datum unbekannt

Erstsymptomatik

4.1	Visusstörung (Sehstörung, Verschwommensehen)	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
4.2	Hirnstammfunktionen (Doppelbilder, Gefühlsstörung des Gesichts, Gesichtslähmung, Hörminderung, Sprachstörung, Schluckstörung)	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
4.3	Motorische Störungen (Schwäche, Lähmungen)	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
4.4	Kleinhirnstörung (Koordinations-, Feinmotorikstörung, Tremor, Ataxie)	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
4.5	Sensibilitätsstörungen (Missempfindungen, Gefühlsstörungen verschiedener Qualitäten)	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
4.6	Blasenfunktionsstörung	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
4.7	Darmfunktionsstörung	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
4.8	Sexuelle Störungen	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt

4.9	Depression, Euphorie, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Erschöpfbarkeit	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
4.10	Andere <i>Wenn ja, bitte nennen:</i>	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Retrospektive Daten

5.1	EDSS vor 12 Monaten	[] , []
5.2	EDSS vor 24 Monaten	[] , []
5.3	Anzahl der Schübe in den letzten 12 Monaten	[]
5.4	Anzahl der Schübe in den letzten 24 Monaten	[]
5.5	Anzahl der Schübe seit Erkrankungsbeginn	[]

 ms forschungs- und projektentwicklungs-gGmbH	Erfassungsdatum	
	Dokumentierende Person	
	Pseudonym	
	Patienten Name	
	Patienten Vorname	

C Soziodemografische Daten

1.1	Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	☐ In schulischer Ausbildung ☐ Kein Schulabschluss ☐ Hauptschulabschluss ☐ Realschulabschluss / Mittlere Reife ☐ Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) ☐ Fachhochschulreife ☐ Hochschulreife (Abitur) ☐ keine Angabe / unbekannt
1.2	Höchste berufliche Ausbildung	☐ In beruflicher Ausbildung ☐ Keine abgeschlossene berufliche Ausbildung ☐ Abgeschlossene berufliche Ausbildung ☐ Abgeschlossene Hochschulausbildung (oder Vergleichbares) ☐ keine Angabe
1.3	Aktuelle Tätigkeit	☐ Berufliche oder schulische Ausbildung / Weiterbildung / Umschulung ☐ Berufstätig (Vollzeit) ☐ Teilzeitbeschäftigt ☐ Vorzeitige Berentung (Erwerbs- / Berufsunfähigkeit) ↳ Jahr der vorzeitigen Berentung [] [] . [] [] [] [] (MM).JJJJ ☐ Altersrente / Pension ☐ Arbeitslos ☐ Hausfrau / Hausmann ☐ Pflege- / Elternzeit ☐ Bundesfreiwilligendienst / FSJ / FÖJ / FTJ ☐ keine Angabe
1.4	Gibt es durch die MS bedingte Einschränkungen der aktuellen Tätigkeit?	☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe <i>Wenn ja, in welchem Ausmaß?</i> ☐ Aufgabe / Unterbrechung der Tätigkeit ☐ Reduktion der Tätigkeit ☐ keine Angabe

1.5	Familiäre Situation	☐ Lebensgemeinschaft ☐ Allein lebend ☐ keine Angabe
1.6	Häusliche Unterstützung	☐ ja, Unterstützung durch Familie, Freunde, Partnerschaft ☐ nein, Patient ist auf sich allein gestellt ☐ keine Angabe
1.7	Bitte wählen Sie das Bundesland aus, in dem der Patient wohnt.	☐ Baden-Württemberg ☐ Bayern ☐ Berlin ☐ Brandenburg ☐ Bremen ☐ Hamburg ☐ Hessen ☐ Mecklenburg-Vorpommern ☐ Niedersachsen ☐ Nordrhein-Westfalen ☐ Rheinland-Pfalz ☐ Saarland ☐ Sachsen-Anhalt ☐ Sachsen ☐ Schleswig-Holstein ☐ Thüringen

D Verlaufsdaten

1.1	☐ Klinisch isoliertes Syndrom (KIS) ☐ Schubförmige MS („relapsing-remitting“, RRMS) ☐ Sekundär progrediente MS (SPMS) ☐ Primär progrediente MS (PPMS) ☐ nicht bestimmbar	Falls eine sekundär progrediente MS (SPMS) vorliegt: Wann erfolgte der Übergang zur SPMS? [][] . [][] . 20[][] (TT).(MM).JJJJ
-----	--	---

Aktueller EDSS

2.1	EDSS Score	[][] , []
2.2	Datum der Bestimmung des EDSS-Scores	[][] . [][] . 20[][] (TT).(MM).JJJJ

MRT

3.1	Wurde seit der letzten Konsultation ein MRT durchgeführt?	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
3.2	Was für ein MRT wurde durchgeführt?	☐ kranial	☐ spinal	☐ kranial und spinal
3.3	Ergebnis der MRT-Untersuchung	☐ stabil	☐ neue T2-Herde	☐ KM-aufnehmende Herde
		☐ nicht verfügbar	☐ keine neuen T2-Herde oder KM-aufnehmende Herde vorhanden	
3.4	Jahr des MRTs, welches als Vergleich diente, falls vorhanden	[][][][] (JJJJ)		

Schübe

4.1	Liegt aktuell ein Schubereignis vor?	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
-----	--------------------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------

Multiple Sclerosis Functional Composite (MSFC)**Strecke-Zeit-Test (7,62 m - Strecke)**

5.1	Wurde der Strecke-Zeit-Test durchgeführt?	☐ ja	☐ nein
Gehstrecke auf Zeit - Versuch 1			
5.2	Zeit in Sekunden	[][][]:[][](sss:ms)	
5.3	1. Versuch abgebrochen	☐ ja	
5.4	Wenn Versuch 1 abgebrochen wurde, bitte begründen:		

5.5	Wurde ein zweiter Versuch durchgeführt?	☐ ja ☐ nein
Gehstrecke auf Zeit - Versuch 2		
5.6	Zeit in Sekunden	[][][]:[][] (sss:ms)
5.7	2. Versuch abgebrochen	☐ ja
5.8	Wenn Versuch 2 abgebrochen wurde, bitte begründen:	

Gehstrecke auf Zeit - Hilfsmittel

5.9	Der Patient trug eine Beinschiene/ Sprunggelenkstütze	☐ ja	☐ nein	☐ keine Angabe
Es wurden folgende Hilfsmittel benutzt:				
5.10	Stock/Stöcke	☐ keine Angabe	☐ einseitig	☐ beidseitig ☐ nein
5.11	Unterarm- Gehstütze(n)	☐ keine Angabe	☐ einseitig	☐ beidseitig ☐ nein
5.12	Rollator	☐ keine Angabe	☐ ja	☐ nein
Mehr als zwei Versuche:				
5.13	Der Patient benötigte mehr als 2 Durchgänge, um 2 Untersuchungen erfolgreich zu beenden.			☐ ja
5.14	Wenn ja, bitte begründen:			

Steckbrett-Test (9-Hole-Peg-Test)

6.1	Wurde der Steckbrett-Test durchgeführt?	☐ ja	☐ nein
6.2	Dominante Hand	☐ rechts	☐ links

Dominante Hand - Durchgang 1

6.3	Zeit in Sekunden	[][][]:[][] (sss:ms)
6.4	Durchgang 1 abgebrochen	☐ ja
6.5	Wenn Durchgang 1 abgebrochen, bitte begründen:	
6.6	Wurde ein zweiter Versuch durchgeführt?	☐ ja ☐ nein

Dominante Hand - Durchgang 2

6.7	Zeit in Sekunden	[][][]:[][] (sss:ms)
6.8	Durchgang 2 abgebrochen	☐ ja
6.9	Wenn Durchgang 2 abgebrochen, bitte begründen:	
6.10	Der Patient benötigte mehr als 2 Versuche für 2 Ergebnisse	☐ ja

6.11	Wenn ja, bitte begründen:
------	---------------------------

Nicht-Dominante Hand - Durchgang 1

6.12	Zeit in Sekunden	[][][]:[][] (sss:ms)
6.13	Durchgang 1 abgebrochen	☐ ja
6.14	Wenn Durchgang 1 abgebrochen, bitte begründen:	
6.15	Wurde ein zweiter Versuch durchgeführt?	☐ ja ☐ nein

Nicht-Dominante Hand - Durchgang 2

6.16	Zeit in Sekunden	[][][]:[][] (sss:ms)
6.17	Durchgang 2 abgebrochen	☐ ja
6.18	Wenn Durchgang 2 abgebrochen, bitte begründen:	
6.19	Der Patient benötigte mehr als 2 Versuche für 2 Ergebnisse	☐ ja
6.20	Wenn ja, bitte begründen:	

PASAT 3 (Paced Auditory Serial Addition Test)

7.1	Wurde der PASAT 3 durchgeführt?	☐ ja ☐ nein
7.2	Durchgang 1 - korrekte Antworten	[][] (Anzahl)
7.3	Versuch abgebrochen	☐ ja
7.4	Wenn ja, bitte begründen:	
7.5	Wurde ein zweiter Versuch durchgeführt?	☐ ja ☐ nein
7.6	Durchgang 2 - korrekte Antworten	[][] (Anzahl)
7.7	Versuch abgebrochen	☐ ja
7.8	Wenn ja, bitte begründen:	

E Aktuelle Symptomatik und Therapie

1.1	Eingeschränktes Gehvermögen	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja		nein
	Ergotherapie	☐		☐
	Physiotherapie	☐		☐
	Psychotherapie	☐		☐
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐		☐
	Unbekannt	☐		☐
1.2	Spastik	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja		nein
	Ergotherapie	☐		☐
	Physiotherapie	☐		☐
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐		☐
	Unbekannt	☐		☐
1.3	Ataxie / Tremor	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja		nein
	Ergotherapie	☐		☐
	Physiotherapie	☐		☐
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐		☐
	Unbekannt	☐		☐

1.4	Müdigkeit (Fatigue)	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja nein		
	Ergotherapie	☐	☐	
	Physiotherapie	☐	☐	
	Psychotherapie	☐	☐	
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐	☐	
	Unbekannt	☐	☐	
1.5	Schmerzen	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja nein		
	Ergotherapie	☐	☐	
	Physiotherapie	☐	☐	
	Psychotherapie	☐	☐	
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐	☐	
	Unbekannt	☐	☐	
1.6	Miktion gestört	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja nein		
	Physiotherapie	☐	☐	
	Psychotherapie	☐	☐	
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐	☐	
	Unbekannt	☐	☐	

1.7	Defäkation gestört	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja		nein
	Physiotherapie	☐	☐	
	Psychotherapie	☐	☐	
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐	☐	
	Unbekannt	☐	☐	
1.8	Sexuelle Störungen	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja		nein
	Physiotherapie	☐	☐	
	Psychotherapie	☐	☐	
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐	☐	
	Unbekannt	☐	☐	
1.9	Kognitive Störungen	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja		nein
	Ergotherapie	☐	☐	
	Logopädie	☐	☐	
	Physiotherapie	☐	☐	
	Psychotherapie	☐	☐	
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐	☐	
	Unbekannt	☐	☐	

1.10	Depression	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja nein		
	Ergotherapie	☐	☐	
	Physiotherapie	☐	☐	
	Psychotherapie	☐	☐	
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐	☐	
	Unbekannt	☐	☐	
1.11	Okulomotorische Störungen	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja nein		
	Ergotherapie	☐	☐	
	Logopädie	☐	☐	
	Physiotherapie	☐	☐	
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐	☐	
	Unbekannt	☐	☐	
1.12	Dysarthrie/ Dysphonie	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja nein		
	Ergotherapie	☐	☐	
	Logopädie	☐	☐	
	Physiotherapie	☐	☐	
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐	☐	
	Unbekannt	☐	☐	

1.13	Dysphagie	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja nein		
	Ergotherapie	☐	☐	
	Logopädie	☐	☐	
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐	☐	
	Unbekannt	☐	☐	
1.14	Epileptische Anfälle	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja nein		
	Physiotherapie	☐	☐	
	Psychotherapie	☐	☐	
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐	☐	
	Unbekannt	☐	☐	
1.15	Sonstige Paroxysmen	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
	Therapie	☐ medikamentös ☐ nicht-medikamentös ☐ medikamentös und nicht-medikamentös ☐ unbehandelt ☐ unbekannt		
	<i>nur auszufüllen bei nicht-medikamentöser Therapie:</i>	ja nein		
	Ergotherapie	☐	☐	
	Logopädie	☐	☐	
	Physiotherapie	☐	☐	
	Psychotherapie	☐	☐	
	Versorgung mit Hilfsmitteln	☐	☐	
	Unbekannt	☐	☐	

Immunmodulation / kausale Therapie

2.1	Wird eine immunmodulatorische/ kausale Therapie aktuell angewendet?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
-----	---	---

F Pflege**Welche der folgenden Pflegearten nimmt der Patient zurzeit in Anspruch?**

1.1	Familiäre Pflege	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
1.2	Ambulante Pflege	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
1.3	Tagespflege	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
1.4	Kurzzeitpflege	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
1.5	Vollstationäre Pflege	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt

Welche medizinischen Hilfsmittel werden zurzeit benutzt?

2.1	Gehhilfe	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
2.2	Wannenhilfe	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
2.3	Rollstuhl	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt
2.4	Rollator	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt

Anlage Medikation 1

1.1	Wirkstoff	☐ Alemtuzumab ☐ Azathioprin ☐ Cladribin ☐ Cyclophosphamid ☐ Daclizumab ☐ Dimethylfumarat ☐ Fingolimod ☐ Glatirameracetat ☐ Immunglobuline ☐ Interferon beta-1a ☐ Interferon beta-1b ☐ Methotrexat	☐ Mitoxantron ☐ Natalizumab ☐ Ocrelizumab ☐ Peginterferon beta-1a ☐ Rituximab ☐ Teriflunomide ☐ Siponimod ☐ Steroide – <i>Pulstherapie</i> [____x/Jahr] ☐ Steroide – <i>intrathekal</i> [____x/Jahr] ☐ Steroide – <i>Dauertherapie</i> (>2 Monate) ☐ Studienmedikation ☐ Andere:	
1.2	Produkt	☐ Aubagio ☐ Avonex ☐ Betaferon ☐ Clift ☐ Copaxone ☐ Endoxan ☐ Extavia ☐ Gilenya	☐ Imurek ☐ IVIG ☐ Lemtrada ☐ MabThera ☐ Mavenclad ☐ Mayzent ☐ Novatron ☐ Ocrevus	☐ Plegridy ☐ Ralenova ☐ Rebif22 ☐ Rebif44 ☐ Tecfidera ☐ Tysabri ☐ Zinbryta ☐ Sonstige
1.3	von [][].[][].[][][][] bis [][].[][].[][][][] (TT).(MM).JJJJ			
1.4	aktuell verordnet ☐ ja ☐ nein			

Anlage Medikation 2

1.1	Wirkstoff	☐ Alemtuzumab ☐ Azathioprin ☐ Cladribin ☐ Cyclophosphamid ☐ Daclizumab ☐ Dimethylfumarat ☐ Fingolimod ☐ Glatirameracetat ☐ Immunglobuline ☐ Interferon beta-1a ☐ Interferon beta-1b ☐ Methotrexat	☐ Mitoxantron ☐ Natalizumab ☐ Ocrelizumab ☐ Peginterferon beta-1a ☐ Rituximab ☐ Teriflunomide ☐ Siponimod ☐ Steroide – <i>Pulstherapie</i> [____x/Jahr] ☐ Steroide – <i>intrathekal</i> [____x/Jahr] ☐ Steroide – <i>Dauertherapie</i> (>2 Monate) ☐ Studienmedikation ☐ Andere:	
1.2	Produkt	☐ Aubagio ☐ Avonex ☐ Betaferon ☐ Clift ☐ Copaxone ☐ Endoxan ☐ Extavia ☐ Gilenya	☐ Imurek ☐ IVIG ☐ Lemtrada ☐ MabThera ☐ Mavenclad ☐ Mayzent ☐ Novatron ☐ Ocrevus	☐ Plegridy ☐ Ralenova ☐ Rebif22 ☐ Rebif44 ☐ Tecfidera ☐ Tysabri ☐ Zinbryta ☐ Sonstige
1.3	von [][].[][].[][][][] bis [][].[][].[][][][] (TT).(MM).JJJJ			
1.4	aktuell verordnet	☐ ja	☐ nein	
1.4	aktuell verordnet	☐ ja	☐ nein	

 ms forschungs- und projektentwicklungs-gGmbH	Erfassungsdatum	
	Dokumentierende Person	
	Pseudonym	
	Patienten Name	
	Patienten Vorname	

H Schubereignis

1.	Beginn des Schubereignisses:	[][] . [][] . 20 [][] (TT).(MM).JJJJ
2.1.	Wurde der Schub therapiert?	
	☐ ja (dann weiter ab 2.2) ☐ nein ☐ unbekannt	
2.2	Beginn der Schubtherapie:	[][] . [][] . 20 [][] (TT).(MM).JJJJ
2.3.	Wie wurde die Schubtherapie durchgeführt?	
	☐ ambulant ☐ stationär ☐ ambulant & stationär ☐ unbekannt	
3.1.	Bitte spezifizieren Sie die Art der Schubtherapie. <i>Hinweis: Plasmapherese und Immunadsorption sind als Eskalationstherapien unter Punkt 4. zu dokumentieren</i>	
3.1.1	Glukokortikosteroide - oral	
	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	
3.1.2	Glukokortikosteroide - parenteral	
	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	
3.1.3	 welche parenterale Darreichungsform wurde angewandt:	
	☐ Infusion i.v. ☐ Injektion i.v. ☐ Injektion i.m. ☐ unbekannt	
3.2.	Gesamtdosis der verabreichten Glukokortikosteroide (GKS) <i>Hinweis: Bitte hier nur die Dosisangaben für die Basistherapie(n) dokumentieren.</i>	
3.2.1	Dexamethason	[][][][][] mg
3.2.2	Methylprednisolon	[][][][][] mg
3.2.3	Prednisolon	[][][][][] mg
	☐ GKS Gesamtdosis unbekannt	
4.	Wurde eine Eskalationstherapie durchgeführt?	
	☐ ja (dann auch 4.1-4.3 ausfüllen) ☐ nein ☐ unbekannt	
4.1.	Eskalationstherapie mit Glukokortikosteroiden (GKS)	
	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	
4.1.1	 GKS Tagesdosis [][][][][] mg	
	☐ GKS Tagesdosis unbekannt	
4.1.2	 GKS Gesamtdosis [][][][][][] mg	
	☐ GKS Gesamtdosis unbekannt	

4.2.	Plasmapherese (PE) ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
	Anzahl der PE: [__] [__]  ☐ Anzahl unbekannt
4.3.	Immunadsorption (IA) ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
	Anzahl der IA: [__] [__]  ☐ Anzahl unbekannt