

Fragebogen zu allergischen Reaktionen auf Dialysatormaterialien

Dieser Fragebogen dient der Erhebung von Informationen zu allergischen Reaktionen auf Polysulfon-Dialysatoren bei Verdacht auf allergische Reaktionen auf Dialysatormaterialien.

Ziel ist die Korrelation der hierdurch gewonnenen klinischen Daten mit immunologischen in vitro Testergebnissen (Labor Prof. K.-P. Ringel, Aachen; D. Rüssmann und J. Beige). Die gewonnenen Daten werden pseudonymisiert und vertraulich behandelt. Die Patientin/ der Patient muss zusätzlich durch seine Unterschrift auf dem Einwilligungsbogen bestätigen, dass sie/ er über den Zweck, die Form und den Umfang der Erhebung und Verarbeitung informiert wurde (Ethikvotum liegt vor).

Bei Fragen und Kommentierungen können Sie sich gerne an joachim.beige@kfh-dialyse.de oder sebastian.hauschild@student.uni-halle.de wenden.

Allgemeine Patienteninformationen	
Pseudonymcode (Dialysezentrum):	Freitext
Labor-Ident Code:	
Geburtsdatum:	Freitext
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> _____
Dialysepflichtig seit (Datum):	Freitext
Nephrologische Grunderkrankung:	<input type="checkbox"/> IgA-Nephritis <input type="checkbox"/> Hypertensive Nephropathie <input type="checkbox"/> Diabetische Nephropathie <input type="checkbox"/> Vaskulitis <input type="checkbox"/> sonst. Glomerulonephritis <input type="checkbox"/> Polyzystische Nephropathie <input type="checkbox"/> Systemischer Lupus erythematodes <input type="checkbox"/>
Dialysezeit pro Sitzung (h):	Freitext
Dialysefrequenz pro Woche:	Freitext
Informationen mit Bezug auf die Dialysesitzung, in der Symptomatik erstmals auftrat:	
Dialysatorbezeichnung:	<input type="checkbox"/> Fx60 <input type="checkbox"/> Nipro Elisio <input type="checkbox"/> Polyflux <input type="checkbox"/> Vie18A <input type="checkbox"/> _____
Dialysatormaterial:	<input type="checkbox"/> Polysulfon-Derivate: _____ <input type="checkbox"/> _____
Art des Zugangs	<input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Shunt <input type="checkbox"/> Shuntprothese <input type="checkbox"/> _____
Datum der Erstmanifestation:	Freitext
Zeit bis Eintritt nach Dialysebeginn:	Freitext
Dialysatnatriumkonzentration (mmol/l):	Freitext
Blutdruck, Herzfrequenz Dialysebeginn	Freitext

Blutdruck, Herzfrequenz bei Symtom.	Freitext			
Erythem:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Flush-Symptomatik:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Juckreiz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Urtikaria:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Angioödem:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Dyspnoe/ Luftnot (Bronchospasmus):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Sprach/Schluckbeschwerden (Larynxödem):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Konjunktivitis:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Periorbitale Ödeme:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Plötzliche Asystolie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Kammerflimmern:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Benommenheit:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Ohnmacht:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Übelkeit/ Erbrechen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Intradialytische Ereignisse, BD-Abfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	
Informationen zu Komorbiditäten und dessen/ deren Vor- bzw. Begleitmedikation:				
Familiäre Prädisposition zu allergischen Reaktionen:	<input type="checkbox"/> nicht bekannt		<input type="checkbox"/> ja (bitte angeben):	
Andere Allergieursachen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Kontrastmittel:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (wann? wieviel?)		
Vorgehen nach Auftreten der Symptomatik:				
Besserung nach Materialwechsel:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> nicht erfolgt
Art des alternativen Dialysatormaterials	Freitext			
Bei Polysulfon-Reexposition rezurrenente Symptomatik:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> nicht erfolgt

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühen zur Bearbeitung des Fragebogens!

Bitte als Scan an joachim.beige@kfh-dialyse.de oder sebastian.hauschild@student.uni-halle.de oder Fax an 0341/909-1493. Alternativ postalisch an KfH Nierenzentrum am Klinikum St. Georg (Haus 54), Delitzscher Strasse 141, 04129 Leipzig