BIDAQ....
Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung

Pharmako-EpiVig Fragebogen

Hinweise

Dieses Dokument bietet einen Überblick über die in dem Online-Erhebungsbogen gestellten Fragen.

Detaillierte Erklärungen zum Ablauf sowie zu den Fragen und wie sie zu beantworten sind, können der Ablaufbeschreibung bzw. der Ausfüllanleitung entnommen werden.

1. Patient:in

1.1 Behandlungsart ○ stationär ○ teilstationär

1.2 Fachbereich ○ AP ○ PSO ○ Sucht ○ Geronto ○ Forensik ○ Sonstiges: .....

1.3 Geschlecht ○ männlich ○ weiblich

1.4 Geburtsjahr: .....

1.5 Schwangerschaft ○ nein ○ ja: .....Woche

1.6 Gewicht: .....kg ☐ nicht erhoben

1.7 Größe: .....cm ☐ nicht erhoben

2. Diagnosen (ICD-10)

2.1 psychiatrische Diagnose(n)	_ _ _._ _ **Hauptdiagnose**	F _ _._ _	F _ _._ _	F _ _._ _
2.2 somatische Diagnose(n)	_ _ _._ _	_ _ _._ _	_ _ _._ _	_ _ _._ _
	_ _ _._ _	_ _ _._ _	_ _ _._ _	_ _ _._ _
	_ _ _._ _	_ _ _._ _	_ _ _._ _	_ _ _._ _

3. Medikamente am Stichtag (tatsächlich verabreicht)

○ **Patient:in hat <u>keine</u> Medikation erhalten** → *weiter mit Frage 4*

○ **Patient:in hat folgende Medikamente erhalten**

Handelsname oder Wirkstoff	Tagesdosis	Einheit	Zusatzinformationen (z. B. äußerliche Anwendung, Bedarfsmedikation)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
…			

4. Depotspritzen, wirksam am Stichtag

○ **<u>keine</u> Depotspritze wirksam** → *weiter mit Frage 5*

○ **folgende Depotspritze(n) wirksam**

Handelsname oder Wirkstoff	letztes Inj.-Datum	Dosis	Einheit	Injektionsintervall
1.				alle ..... Wochen / alle ..... Tage
2.				alle ..... Wochen / alle ..... Tage
3.				alle ..... Wochen / alle ..... Tage
…				alle ..... Wochen / alle ..... Tage

5. Schwere unerwünschte Arzneimittelwirkung (sUAW)

schwere UAW ○ nein → *Ende* ○ ja → *weiter mit Frage 6*

6. Labor / Pathologisches EKG / Weitere relevante Untersuchungsergebnisse

6.1 Transaminase(n) > 3 x Norm		○ ja	○ nein	○ nicht untersucht
6.2 GFR	○ < 30	○ ≥ 30 ≤ 60	○ > 60	○ nicht untersucht
6.3 Pathologisches EKG	○ ja	○ nein	○ noch kein Befund	○ kein EKG

6.4 Weitere relevante Untersuchungsergebnisse: .....

7. Beobachtete sUAW mit angeschuldigtem ► ► ► ► ► Wirkstoff		**Datum**
1. ☐ **Psychische Störungen:**		
2. ☐ **Psychotische Symptome / Manie:**		
3. ☐ **Neurologische Störungen:**		
4. ☐ **Gastrointestinale Störungen:**		
5. ☐ **Dermatologische Störungen:**		
6. ☐ **Herz-Kreislauf-Störungen:**		
7. ☐ **Urologische Störungen:**		
8. ☐ **Hämatologische Störungen:**		
9. ☐ **Allergische Organmanifestationen:**		
10. ☐ **Subjektive Beeinträchtigungen:**		
11. ☐ **Sonstiges:**		

8. Maßnahmen aufgrund aufgetretener sUAW

○ **keine Maßnahme** → *weiter mit Frage 9*

○ **folgende Maßnahme(n) wurde(n) durchgeführt**	**Datum**	**Grund** Nr. der sUAW aus Frage 7
1. ☐ **Reduktion Medikamentendosis** Handelsname(n):		
2. ☐ **Erhöhung Medikamentendosis** Handelsname(n):		
3. ☐ **Absetzen Medikament(e)** Handelsname(n):		
4. ☐ **Medikamentöse Gegenmaßnahme(n)** Handelsname(n): ..... Anfangsdosis:		
5. ☐ **Verlegung** Fachrichtung von: ..... nach:		
6. ☐ **Konsil** Fachrichtung:		
7. ☐ **Sonstiges:**		

9. Medikamente am Tag der ersten sUAW innerhalb des Beobachtungszeitraums

Datum: ..... ○ keine Medikation ○ gleiche Medikation wie am Stichtag

Handelsname oder Wirkstoff	Tagesdosis	Einheit	Zusatzinformationen (z. B. äußerliche Anwendung, Bedarfsmedikation)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
…			

10. Depotspritzen, wirksam am Tag der ersten sUAW

○ keine Depotspritze wirksam

Handelsname oder Wirkstoff	letztes Inj.-Datum	Dosis	Einheit	Injektionsintervall
1.				alle ..... Wochen / alle ..... Tage
2.				alle ..... Wochen / alle ..... Tage
…				alle ..... Wochen / alle ..... Tage

11. Medikamente am Tag der zweiten sUAW innerhalb des Beobachtungszeitraums

Datum: ..... ○ keine Medikation ○ wie am Stichtag ○ wie bei erster sUAW

Handelsname oder Wirkstoff	Tagesdosis	Einheit	Zusatzinformationen (z. B. äußerliche Anwendung, Bedarfsmedikation)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
…			

12. Depotspritzen, wirksam am Tag der zweiten sUAW

○ keine Depotspritze wirksam

Handelsname oder Wirkstoff	letztes Inj.-Datum	Dosis	Einheit	Injektionsintervall
1.				alle ..... Wochen / alle ..... Tage
2.				alle ..... Wochen / alle ..... Tage
…				alle ..... Wochen / alle ..... Tage