KARTA PRZEJŚCIA PACJENTA Z ROZPOZNANIEM

**MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW**

Z OPIEKI PEDIATRYCZNEJ DO INTERNISTYCZNEJ

Sekcja Wieku Rozwojowego PTR

|  |  |
| --- | --- |
| **Pediatryczny oddział reumatologiczny**AdresTelefon do kontaktuAdres 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 chorobyw czasie rozpoznania)** | **OB** | **CRP**  | **VAS (1-10)**aktywności chorobywg lekarza | **VAS (1-10)**aktywności chorobywg pacjenta | **Liczba** aktywnych stawów | **Liczba** stawów z ograniczeniem ruchomości |
| **Aktywność chorobyw czasie ostatniej wizyty**  | **OB** | **CRP**  | **VAS (1-10)**aktywności chorobywg lekarza | **VAS (1-10)**aktywności chorobywg 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 |  |