



# SICHELZELLKRANKHEIT

## Epikrise

---

Vorname/Nachname des Patienten

---

Geburtsdatum

---

Behandelnder Arzt

---

Anschrift der Klinik

# Vorbefunde – Diagnosen – Vorerkrankungen

## 1. Diagnose

Diagnose seit: \_\_\_\_\_

HbSS > SCD-S/S

HbS-β-Thal:

HbSC > SCD-S/C

Andere (HbSD usw.): \_\_\_\_\_

Genetische Untersuchung erfolgt?  Nein  Ja in (Labor): \_\_\_\_\_  
Wenn möglich, bitte Befund beifügen

## 2. Krankheitsgeschichte

### SCD-spezifische Probleme

#### Schmerzkrisen:

Schmerzkrisenhäufigkeit:

stationär: \_\_\_\_\_ pro Jahr

ambulant: \_\_\_\_\_ × pro

Letzte Schmerzkrise (mit stationärer Betreuung):

Datum: \_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_

#### Frühere aplastische Krise:

Nein  Ja, diagnostiziert am \_\_\_\_\_

#### Kardiopulmonale Komplikationen:

Akutes Thoraxsyndrom:  Nein  Ja, Anzahl: \_\_\_\_\_ Letztes ATS am \_\_\_\_\_

Pulmonaler Hypertonus:  Nein  Ja, diagnostiziert am \_\_\_\_\_

#### ZNS-Komplikationen:

Akuter Schlaganfall:  Nein  Ja, diagnostiziert am \_\_\_\_\_

Silenter Schlaganfall:  Nein  Ja, diagnostiziert am \_\_\_\_\_

Moya-Moya-Syndrom:  Nein  Ja, diagnostiziert am \_\_\_\_\_

**Frühere Milzsequestrationskrise:**

Nein  Ja

**Schädigung des Skelettsystems:**

Avaskuläre Knochennekrose:  Nein  Ja, diagnostiziert am \_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_

**Cholelithiasis:**

Nein  Ja

Z.n. Cholezystektomie:  Nein  Ja, diagnostiziert am \_\_\_\_\_

**Unterschenkelgeschwüre:**

Nein  Ja, diagnostiziert am \_\_\_\_\_

**Entwicklungsverzögerung:**

Nein  Ja

Wachstumsstörung:  Nein  Ja

Pubertas tarda:  Nein  Ja

**Retinopathie:**

Nein  Ja, diagnostiziert am \_\_\_\_\_

**Priapismus:**

Nein  Ja

**Nephropathie:**

Nein  Ja  Nur sonografisch  Proteinurie  Nierenfunktionseinschränkung

**Intensivmedizinische Behandlung:**

Nein  Ja, letzte Episode am \_\_\_\_\_

**3. Allergien**

## 4. Sonstige Erkrankungen

## 5. Bisherige Behandlung

### 5.1 Basisbehandlung

#### Medikament:

- Hydroxycarbamid – Dosis: \_\_\_\_\_
- Frühere Myelosuppression im Verlauf? \_\_\_\_\_
- Ggf. Grund für Verzicht? \_\_\_\_\_
- Crizanlizumab – Dosis: \_\_\_\_\_
- Folsäure – Dosis: \_\_\_\_\_
- Voxelotor – Dosis: \_\_\_\_\_
- L-Glutamin – Dosis: \_\_\_\_\_
- Andere: \_\_\_\_\_

#### Transfusionen/Austauschtransfusionen:

**Nein**

**Selten:**

- Indikationen:**  Schmerzkrise  Akutes Thoraxsyndrom  Schlaganfall  Hämolytische Krise
- Aplastische Krise  Chirurgischer Eingriff
- Andere: \_\_\_\_\_

#### Austauschtransfusion/Erythrozytapherese:

- Nein  Ja Anzahl bisheriger Austauschtransfusionen: \_\_\_\_\_
- Zeitpunkt der letzten Austauschtransfusion: \_\_\_\_\_

#### Einzeltransfusion:

- Nein  Ja Anzahl bisheriger Transfusionen: \_\_\_\_\_
- Zeitpunkt der letzten Transfusion: \_\_\_\_\_

**Regelmäßig:**

- Indikationen:**  Zustand nach ZNS-Infarkt = sekundäre Prävention  Pathol. TCD = primäre Prävention  
 Schwere rezidivierende Schmerzen  Schwere Anämie  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Ziel:**

- Aufrechterhaltung Hb-Gehalt > \_\_\_\_\_  
 HbS-Anteil < 30 %  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Austauschtransfusion/Erythrozytapherese:**

- Nein  Ja Intervall (Wochen): \_\_\_\_\_  
Durchschnittl. Menge je Austauschtransfusion: \_\_\_\_\_  
Durchschnittl. Hb vor Austauschtransfusion: \_\_\_\_\_  
Zeitpunkt der letzten Austauschtransfusion: \_\_\_\_\_

**Einzeltransfusion:**

- Nein  Ja Intervall (Wochen): \_\_\_\_\_  
Durchschnittl. Menge je Transfusion: \_\_\_\_\_  
Durchschnittl. Hb vor Transfusion: \_\_\_\_\_  
Zeitpunkt der letzten Transfusion: \_\_\_\_\_

**Eiseneliminationstherapie:**

- Monotherapie: \_\_\_\_\_ in der Dosis: \_\_\_\_\_  
 Kombinationstherapie: \_\_\_\_\_

**Splenektomie:**

- Nein  Ja, Operation am \_\_\_\_\_ Wie?

**Port-a-cath:**

- Nein  Ja, Operation am \_\_\_\_\_

**Andere Basistherapie:**

## 5.2 Symptomatische Behandlung

### Regelmäßige Analgetikatherapie:

Nein  Ja

Medikamente (mit Dosisangabe):

### Akutmedikation bei Schmerzen (häusliche Therapie):

Nein  Ja

Medikamente (mit Dosisangabe):

### Akutmedikation bei Schmerzen (Notfallambulanz):

Nein  Ja

Medikamente (mit Dosisangabe):

## 5.3 Weitere Medikation

## 6. Impfanamnese

## 7. Besonderheiten der Sozialanamnese

## 8. Körperliche Untersuchungsbefunde

### Allgemeinzustand:

Gewicht [kg]: \_\_\_\_\_ Größe [cm]: \_\_\_\_\_ Blutdruck [mmHg]: \_\_\_\_\_

**Vergroßerte Leber:**  Nein  Ja

**Vergroßerte Milz:**  Nein  Ja

## 9. Apparative Untersuchungsbefunde

**Pulsoximetrische Sauerstoffsättigung:** \_\_\_\_\_

### Relevante Röntgenuntersuchungen – Skelett:

Nein  Ja, am: \_\_\_\_\_

Befund: \_\_\_\_\_

### Kardiologische Befunde:

EKG – pathologisch: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Echo – pathologisch \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Sonographie:

Sono Abdomen – pathologisch: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Sono Niere – pathologisch: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Transkranialer  
Doppler-Sono: – pathologisch: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Lungenfunktionstest:

Pathologisch: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Bildgebung ZNS:

MRT – pathologisch: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Augenärztliche Untersuchung:

Pathologisch: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Pathologische Befunde: \_\_\_\_\_

### Lebereisenbestimmung:

Methode: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Lebereisengehalt: \_\_\_\_\_

## 10. Laborwerte

**Blutgruppe:** \_\_\_\_\_ **Transfusionsmed.relevante Antikörper:** \_\_\_\_\_  
Befund in Kopie anbei

**Allgemeine Laborwerte:** \_\_\_\_\_  
Laborwerte in Kopie anbei

## 11. Beratung und Studien

**Notfallausweis ausgehändigt:**

**Humangenetische Beratung ist erfolgt:**

**Information zu Stammzelltransplantation ist erfolgt:**

**HLA-Typisierung ist erfolgt:**

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
MFD vorhanden? HSZT gewünscht/abgelehnt?

**Teilnahme an klinischer Studie oder an nationalen/internationalen Registerstudien:**

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

## 12. Aktuelle Beschwerden

## 13. Empfehlung für weitere Untersuchungen/Monitoring

## 14. Therapieempfehlung

## 15. Wichtige Besonderheiten aus Sicht des Patienten



## 16. Familienanamnese

### Mutter

Bestätigte Trägerschaft:  HbS      $\beta$ -Thal     HbC  
 Andere: \_\_\_\_\_  Nicht untersucht

### Vater

Bestätigte Trägerschaft:  HbS      $\beta$ -Thal     HbC  
 Andere: \_\_\_\_\_  Nicht untersucht

### Geschwister

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ ebenfalls erkrankt:  
Bestätigte Trägerschaft:  HbS      $\beta$ -Thal     HbC  
 Andere: \_\_\_\_\_  Nicht untersucht

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ ebenfalls erkrankt:  
Bestätigte Trägerschaft:  HbS      $\beta$ -Thal     HbC  
 Andere: \_\_\_\_\_  Nicht untersucht

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ ebenfalls erkrankt:  
Bestätigte Trägerschaft:  HbS      $\beta$ -Thal     HbC  
 Andere: \_\_\_\_\_  Nicht untersucht

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ ebenfalls erkrankt:  
Bestätigte Trägerschaft:  HbS      $\beta$ -Thal     HbC  
 Andere: \_\_\_\_\_  Nicht untersucht

### Weitere Anmerkungen zur Familienanamnese

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

[Formular zurücksetzen](#)

[Formular speichern](#)

Autor: Prof. Dr. Holger Cario, 2022

03/2022