

Bitte senden an: DBA-Studienzentrale, Universitätsklinikum Freiburg, Kinder- und Jugendklinik, Klinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie  
Breisacher Straße 62, D-79106 Freiburg, Tel.: 0761 - 270 43946, Fax: 0761 - 270 96 46200

**Basisdaten**

Name: | \_\_\_\_\_ | Vorname: | \_\_\_\_\_ | Geschlecht  männlich  weiblich  
Geburtsdatum: |\_\_|\_|/|\_\_|\_|/|\_\_|\_| | Zentrum | \_\_\_\_\_ |

**Please make sure that the consent form is signed before transmitting these data!**

**Adresse des Patienten**

Straße | \_\_\_\_\_ |  
Ort | \_\_\_\_\_ |  
Email | \_\_\_\_\_ | Tel. | \_\_\_\_\_ |

**Regionales betreuendes Krankenhaus oder Hausarzt**

Ansprechpartner | \_\_\_\_\_ |  
Klinik / Praxis | \_\_\_\_\_ |  
Straße | \_\_\_\_\_ |  
Ort | \_\_\_\_\_ | Tel. | \_\_\_\_\_ |  
Email | \_\_\_\_\_ | Fax | \_\_\_\_\_ |

**Überregionales betreuendes Zentrum**

Ansprechpartner | \_\_\_\_\_ |  
Klinik | \_\_\_\_\_ |  
Ort | \_\_\_\_\_ |

**Schwangerschaft**

**Mütterliche DBA**  N  J

**Konzeption nach Fertilitätsbehandlung**  N  J, | \_\_\_\_\_ |

**Mehrlingsgeburt**  N  J, syngen  N  J

**Komplikationen Mutter:** vorzeitiger Blasensprung  N  J

HELLP  N  J

sonstige \_\_\_\_\_

**Kind:** intrauterine Transfusionen  N  J Anzahl | \_\_\_\_\_ |

IUGR  N  J

Hydrops fetalis  N  J

sonstige \_\_\_\_\_

## Geburt

Gestationsalter |\_\_\_\_\_| SSW Entbindung  vaginal  Sectio  
 Gewicht |\_\_\_\_\_| g Länge |\_\_\_\_\_| cm  
 Kopfumfang |\_\_\_\_\_| cm Apgar |\_\_\_\_\_| 1' |\_\_\_\_\_| 5' |\_\_\_\_\_| 10'

### PB bei Geburt

Hb |\_\_\_\_\_|  g/dl  mmol/l Hkt |\_\_\_\_\_| % Erythrozyten |\_\_\_\_\_| x 10<sup>6</sup>/µl MCV |\_\_\_\_\_| fl  
 Leukozyten |\_\_\_\_\_| x 10<sup>3</sup>/µl Thrombozyten |\_\_\_\_\_| x 10<sup>3</sup>/µl Retikulozyten |\_\_\_\_\_| %

## Neonatalzeit

Atemnot  N  J Kreislaufbeschwerden  N  J  
 Infektion  N  J Hyperbilirubinämie  N  J  
 Other  N  J, please specify |\_\_\_\_\_|

## Familienanamnese

Eltern 1° Blutsverwandtschaft  N  J

Initialen (Nachname)	Initialen (Vorname)	Geschl. (w/m)	Geburtsdatum	DBA diagnostiziert? (J / N)
			_ _   _ _   _ _	
			_ _   _ _   _ _	

### Geschwister

Initialen (Vorname)	Initialen (Nachname)	Geschl. (w / m)	Geburtsdatum	DBA diagnostiziert? (J / N)
			_ _   _ _   _ _	
			_ _   _ _   _ _	
			_ _   _ _   _ _	
			_ _   _ _   _ _	

### Mütterliche Aborte

N  J Anzahl |\_\_\_\_\_| : |\_\_\_\_\_| SSW, |\_\_\_\_\_| SSW, |\_\_\_\_\_| SSW

### Eltern mit Anämie/ Transfusion im Kindesalter

N  J, Mutter, Anzahl der Transfusionen |\_\_\_\_\_|  
 Vater, Anzahl der Transfusionen |\_\_\_\_\_|

### Sonstige Familienangehörige mit Anämie/ Transfusion / DBA (falls ja, bitte Stammbaum mitschicken)

N  J, Anzahl der Transfusionen |\_\_\_\_\_| : Wer: \_\_\_\_\_





## Medikamentöse Therapie der Anämie

→ zur Behandlung der DBA: Prednison, Prednisolon, Methylprednisolon, Leucin, sonstige

\*Ansprechen bitte verschlüsselt angeben: 0 = kein Ansprechen  
 1 = Retikulozyten-Anstieg ohne Abnahme der Transfusionsfrequenz  
 2 = Abnahme der Transfusionsfrequenz,  
 3 = keine weitere Transfusionsbedürftigkeit

Zeitraum (unter Therapie von bis)	Medikament s.o.	mg/kg/Tag	Anzahl der Gaben / Tag	alternierende Gabe (N / J)	Anzahl der Gaben / Woche	Ansprechen (0-3)*	Kommentar (z.B. Warum unterbrochen?)
_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _							
_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _							
_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _							
_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _							
_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _							
_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _							
_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _							
_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _							
_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _							

## Transfusionstherapie

Erythrozyten- (EK-) Transfusionen (bitte Übersichtsblatt EK-Transfusion beilegen)

Jahr	Transfusionsfrequenz (Wochen)	<u>Gesamtzahl der</u> Transfusionen / Jahr	ml / kg /Jahr

## Komplikationen

---

---

---

## Aktueller Status

am Leben Datum der letzten Untersuchung |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|

Allgemeinzustand |\_\_\_| (1-5) Einstufung gemäß dem GPOH-modifizierten Lansky-Index, s. Anhang

verstorben Datum |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|

Todesursache |\_\_\_\_\_|

lost to follow-up Datum |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|

Grund für lost to FUP |\_\_\_\_\_|

|\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel