

Datenerhebung Teil I von III: Anamnese

Universitätsaugenklinik Düsseldorf

Bitte Zutreffendes ausfüllen bzw. ankreuzen und per FAX schicken an: 0211 - 81 16298

Eine digitale Version des Fragebogens, Informationen zu Diagnose und Therapie finden Sie unter
www.pilzkeratitis.de

Daten eingesandt von: Klinik _____ Name _____ Mail _____

Lfd. Nr / Verschlüsselung _____ Alter _____ Geschlecht ♂ ♀
Beruf (insbesondere genau, wenn in der Landwirtschaft!) _____ Einwilligung liegt vor? Ja

Allgemein- / Augenerkrankungen: Diabetes mellitus Rheumatische Erkrankungen Immunsuppression Raucher
 Atopiker Sonstige relevante Allgemeinerkrankungen _____

Bekannte Augenerkrankungen / Operationen am betroffenen Auge Keine _____

Kontaktlinsen-Träger/in? Ja Nein

Seit wann KL-Träger insgesamt _____ Jahre / Monate Seit wann diese KL _____ Jahre / Monate

Art der Linsen Silikonhydrogele flexible weiche 2 – 4 Wo flexible weiche 6-12 Mo Orthokeratologielinsen

Tageslinsen formstabile andere nicht bekannt

Linsenmarke/ Hersteller _____ nicht bekannt

Tragemodus: nur tagsüber teilweise nachts regelmäßig nachts

Wie lange wurde eine Linse getragen, als die Symptome erstmals auftraten? _____ Tage / Wochen

Gehen Sie mit Ihrer KL schwimmen oder duschen?

Duschen mit KL Sauna mit KL Schwimmen mit KL (in natürl. Gewässer oder in Schwimmbad)

Austausch der KL nach Herstellervorschrift Ja Nein Sonstiges _____

Wie oft wird KL gereinigt? _____ Reinigung der Kontaktlinse erfolgt mit nur Spüllösung

Spüllösung und Desinfektionslösung Speichel Leitungswasser Abreiben mit den Fingern

Wechseln Sie die KL-Spüllösung täglich? Ja Nein jeden _____ Tag

Aktuelle Pflegemittel Marke _____ Firma _____ keine Angabe

Hygiene Wie lange ist die aktuelle Flasche schon in Gebrauch / angebrochen? _____ Tage / Wochen / Monate

Reinigen Sie den KL-Behälter regelmäßig? Ja, jeden _____ Tag Nein

(falls Ja, wie? _____) KL-Behälter wurde zuletzt ausgetauscht ca. vor / am _____

Erinnern Sie sich, Ihr Auge in der letzten Zeit verletzt zu haben (z.B. Finger, Einsetzen der KL, Gartenarbeit etc.)? Nein

Ja, und zwar: _____ Datum _____

Regelmäßige Arbeit in Garten / Landwirtschaft? Nein Ja, zuletzt _____

Wasserkontakt (Schwimmen in See oder Schwimmbad, Sauna etc.)? Nein Ja, und zwar _____

Datum des Symptombeginns _____ Betroffenes Auge rechts links beide

Was waren das für Symptome? Rotes Auge Fremdkörpergefühl Brennen Tränen Sehverschlechterung

Druckgefühl eitriger Ausfluss Auge morgens verklebt Lichtempfindlichkeit Schmerzen

Bewertung der Schmerzen? Skala von 0 (gar keine Schmerzen) bis 10 (unerträgliche Schmerzen) _____

In welchem Zeitraum bestanden diese Schmerzen? von-bis _____ - _____

Datum der ersten Vorstellung beim Augenarzt _____ wurde dort korr. Diagnose gestellt? Ja Nein

Initiale Diagnose: Herpes-Keratitis Bakterielle-Keratitis Pilz-Keratitis Akanthamöben-Keratitis Sonstige _____

dort Therapie mit: _____ / _____

_____ / dort in Behandlung bis (Datum) _____

Sonstiges / Bemerkungen / Kommentare

Datenerhebung Teil II von III: Diagnostik, Befund und Therapie

Universitätsaugenklinik Düsseldorf

Bitte Zutreffendes ausfüllen bzw. ankreuzen und per FAX schicken an: 0211 - 81 16298

Eine digitale Version des Fragebogens, Informationen zu Diagnose und Therapie finden Sie unter
www.pilzkeratitis.de

Daten eingesandt von: Klinik _____ Name _____ Mail _____

Lfd. Nr / Verschlüsselung _____

Seit wann in unserer Klinik in Behandlung? _____

Klinik / Augenarzt der korr. Diagnosestellung _____ Datum der Diagnosestellung _____

Gesicherte Diagnose (Histologie, MiBi, kosfokale Mikroskopie etc.) oder nur klinische Diagnose? Ja Nein

Methode der Diagnostik (je bitte markieren: positiv = +, negativ = -, nicht erfolgt= ne)

MiBi-Kultur: + / - / ne Histologische Diagnose: : + / - / ne PCR: : + / - / ne

Ursprung der Probe: VK-Aspirat HH-Abstrich HH-Scraping BH-Abstrich Kontaktlinse

Kontaktlinsen-Behälter Kontaktlinsen-Spüllösung Sonstiges _____

Konfokale Mikroskopie: + / - / ne VK-Spülung/Punktion: + / - / ne

Nachgewiesener Erreger / Pilz-Stamm: _____

Nachgewiesene Misch-Infektionen _____

Wurde eine Resistenzbestimmung durchgeführt? Nein Ja

Für welche Antimykotika bestehen Resistenzen? (I= intermediate und wird als Resistenz gewertet; Sollten Ihnen die Daten der MHK vorliegen ,geben Sie diese bitte an.)

Natamycin _____µg/ml / MHK Amphotericin B _____µg/ml / Fluconazol _____µg/ml Caspofungin
_____µg/ml / Voriconazol _____µg/ml / Anidulafungin _____µg/ml / Posaconazol _____µg/ml Terbinafin
_____µg/ml / Itraconazol _____µg/ml Sonstige _____µg/ml

Befund (Datum) _____ rechtes Auge / linkes Auge

Visus bei der ersten Vorstellung in der Klinik sc _____ bestkorr. _____

Tensio bei der ersten Vorstellung in der Klinik am betroffenen Auge (mmHg)? _____

Organbefund bei Erstvorstellung in der Klinik

Deutliche Oberlidschwellung "Dirty epithelium" Epitheldefekt _____ Länge _____ Breite in mm Keratoneuritis

Stromale Infiltrate oberflächlich / tief; monofokal / multifokal Ringinfiltrat bei Diagnose

Limbus überschritten bei Diagnose Retrocorneale Beschläge

Hypopyon horizontal dreidimensional in VK ragend (O initial später, wann? _____)

O zapfenförmig (O initial später, wann? _____) O pyramidenförmig (O initial später, wann? _____)

Vorderkammer Reizzustand +/+/+/+/+ Pseudodendritiforme Epitheliopathie Glaskörperzellen Irishyperämie

Persistierende vordere Synechien über _____ Uhrzeiten Persistierende hintere Synechien über _____ Uhrzeiten

(Prä-)Mature Katarakt Katarakt im Verlauf entstanden? Wann _____ (Datum) ?

.....
Medikamentöse Therapie (Bitte geben Sie bei der Tropftherapie die mittlere Häufigkeit/Tag an)

Steroidgabe vor Diagnosestellung? O Nein O Ja; Welche Präparate, wann und wie oft? _____

Steroidgabe nach Diagnosestellung? O Nein O Ja; Welche Präparate, wann und wie oft? _____

Antibiotika: Welche Präparate? Systemisch oder topisch? Seit wann und wie oft täglich? _____

Antimykotika: Welche Präparate? Systemisch oder topisch? Seit wann und wie oft täglich? _____

Eigens Serum Augentropfen? Wie oft und in welcher Konzentration? _____

Anti-Amoeboid Therapie? Welche und wie oft? _____

Sonstiges? _____
.....

Sonstiges / Bemerkungen / Kommentare

Datenerhebung Teil III von III: Operative Therapie und Follow up

Universitätsaugenklinik Düsseldorf

Bitte Zutreffendes ausfüllen bzw. ankreuzen und per FAX schicken an: 0211 - 81 16298

Eine digitale Version des Fragebogens, Informationen zu Diagnose und Therapie finden Sie unter
www.pilzkeratitis.de

.....
Daten eingesandt von: Klinik _____ Name _____ Mail _____
.....

Lfd. Nr / Verschlüsselung _____
.....

Befund im Verlauf

Wie hat sich das Hypopyon im Verlauf entwickelt? _____

Wie haben sich die Infiltrate im Verlauf entwickelt? _____

Katarakt im Verlauf entstanden? Wann _____ (Datum) ?
.....

Operative Therapie

Erfolgte eine Vorderkammerspülung? Wie oft und wann (Datum)? Welches Medikament wurde eingegeben? _____
.....

Erfolgte eine Abrasio? Wie oft und wann (Datum)? _____
.....

Wurde eine isolierte Kryotherapie durchgeführt? Wenn ja, wann? _____

Wurde eine perforierende Keratoplastik oder DALK durchgeführt?

Perforierende Keratoplastik / DALK Datum _____, Durchmesser _____ mm

Form der Keratoplastik: rund elliptisch Naht: Einzelknüpfnähte fortlaufender Faden

Simultane Linsen Chirurgie Simultane Kryotherapie Simultane Vitrektomie

Amnionmembrantransplantation vor der Keratoplastik? Wie oft und wann?

Amnionmembrantransplantation nach der Keratoplastik? Wie oft und wann?

Steroidgabe nach Keratoplastik: erstmals: _____ Wie oft: _____ Ausgeschlichen über _____

Monate

Weitere Immunsuppressiva nach Keratoplastik: _____ erstmals: _____ Wie

oft: _____ Ausgeschlichen über _____ Monate
.....

Follow-up

Datum der letzten Untersuchung _____

Visus sc _____ bestkorr. _____

Tensio am betroffenen Auge (mmHg)? _____

Hornhaut / Transplantat klar? Ja Nein

Ist eine sequentielle Linsenoperation erfolgt? Nein Ja, Datum _____

Ist es zu einem Rezidiv gekommen? Nein Ja, Datum _____

Wo zeigte sich das Rezidiv? im Transplantat an der Wirts-HH in der Vorderkammer / Hypopyon

Ist es zu einer Immunreaktion / Abstoßungsreaktion gekommen? Nein Ja, Datum _____

Anzahl der Re-Keratoplastiken _____ (Datum) _____ Durchmesser _____

Waren weitere operative Eingriffe notwendig, wenn ja, welche? _____

Persistierende vordere Synechien über _____ Uhrzeiten Persistierende hintere Synechien über _____ Uhrzeiten

Weit entrundete Pupille (ungefährer Durchmesser _____)

Epitheldefekt bis wann bestehend, Datum _____

persistierender Epitheldefekt auf Transplantat (Größe _____)

Aktuelle Therapie: _____

.....

Sonstiges / Bemerkungen:

