

Stagingbogen chronische GvHD (bei Therapieumstellung)	
Patient:	Datum:

Untersuchungsdatum: _____

Patientenetikett

Aktuelles Staging cGVHD

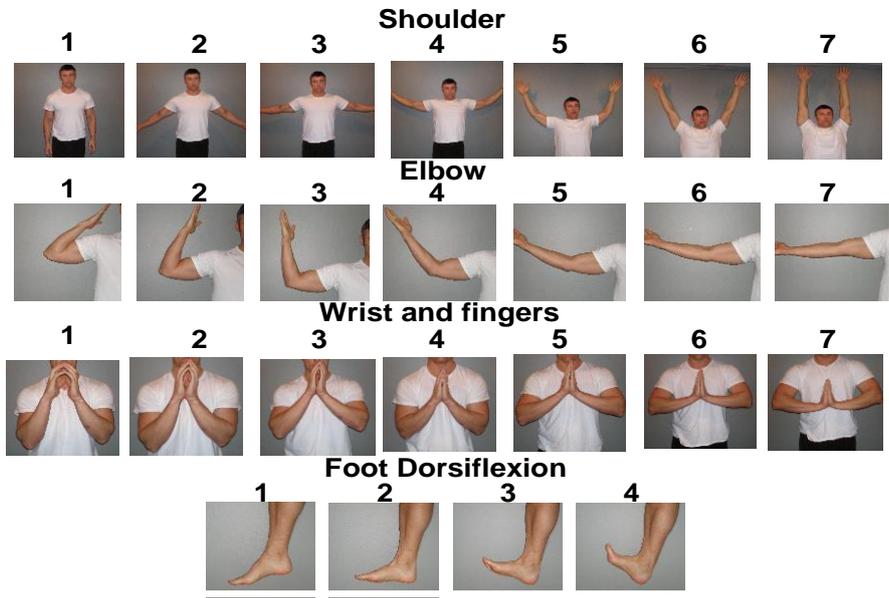
Stadium	0	I	II	III
Haut <input type="checkbox"/> maculopapilläres Exanthem <input type="checkbox"/> lichenoides Exanthem <input type="checkbox"/> papulär-squamös <input type="checkbox"/> ichtiös (extreme Schuppung) <input type="checkbox"/> Keratosis pilaris <input type="checkbox"/> Erythem <input type="checkbox"/> oberflächl. Sklerose <input type="checkbox"/> tiefe Sklerose %KOF	<input type="checkbox"/> Keine Veränderungen	<input type="checkbox"/> < 18% KOF	<input type="checkbox"/> 18-50% KOF	<input type="checkbox"/> > 50% KOF
<input type="checkbox"/> Hyperpigmentation <input type="checkbox"/> Hypopigmentation <input type="checkbox"/> Poikiloderma <input type="checkbox"/> Ulzera <input type="checkbox"/> schwerer Pruritus <input type="checkbox"/> Haarbefall <input type="checkbox"/> Nagelveränderungen <input type="checkbox"/> Veränderungen nachweisbar aber sicher nicht GVHD sondern:		<input type="checkbox"/> lichenoiden, oder Ichthyosis-artigen Veränderungen, keine sklerodermiformen Veränderungen	<input type="checkbox"/> sklerodermiforme Veränderungen mit oberflächlicher Sklerose keine „gefesselte Haut“, (Falten können noch erzeugt werden)	Bitte alles zutreffende ankreuzen <input type="checkbox"/> tiefe Sklerose <input type="checkbox"/> „gefesselte Haut“ (Faltenbildung nicht möglich) <input type="checkbox"/> eingeschränkte Beweglichkeit <input type="checkbox"/> Ulcera
Gelenke/ Fascien <input type="checkbox"/> Veränderungen nachweisbar aber sicher nicht GVHD	<input type="checkbox"/> Keine Kontrakturen	<input type="checkbox"/> leichte Steifheit der Arme und Beine, leichte Bewegungseinschränkung ohne Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/> Steifheit der Arme und Beine oder Gelenkkontrakturen oder Erythem durch Fasciitis, moderate Beeinträchtigung der Beweglichkeit, (milde Beeinträchtigung der ATL) ^{***}	<input type="checkbox"/> Schwere Gelenkkontrakturen mit Beeinträchtigung der ATL (Unfähigkeit sich die Schuhe zuzubinden, Knöpfe aufzuknöpfen oder sich anzuziehen)
Genital Trakt (Mann) <input type="checkbox"/> Veränderungen nachweisbar aber sicher nicht GVHD	<input type="checkbox"/> keine Symptome Keine Veränderungen oder minimale unspezifische Veränderungen	<input type="checkbox"/> Erythem der Glans Penis, lichen planus-like Symptome	<input type="checkbox"/> Erythem der Glans Penis und Erosionen, lichen planus-like Symptome	<input type="checkbox"/> Urethrastenose, Phimose

Stagingbogen chronische GvHD (bei Therapieumstellung)

Patient:

Datum:

Genital Trakt (Frau) <input type="checkbox"/> Veränderungen nachweisbar aber sicher nicht GVHD	<input type="checkbox"/> keine Symptome Keine Veränderungen oder minimale unspezifische Veränderungen	<input type="checkbox"/> Symptome mit milden typischen Veränderungen aber kein Effekt auf Koitus und minimale Beschwerden bei gyn. Untersuchung	<input type="checkbox"/> Symptome mit typischen Veränderungen und Schmerzen bei Koitus oder gyn. Untersuchung	<input type="checkbox"/> Symptome mit schweren typischen Veränderungen (Strikturen, Verwachsungen der Labien, schwere Ulzerationen, Einführen des Spekulum nicht möglich)
Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Veränderungen nachweisbar aber sicher nicht GVHD	<input type="checkbox"/> keine Symptome Keine Veränderungen oder minimale unspezifische Veränderungen	<input type="checkbox"/> milde Symptome mit typischen Veränderungen, aber normale orale Ernährung möglich	<input type="checkbox"/> moderate Symptome und partielle Einschränkung der oralen Einfuhr	<input type="checkbox"/> schwere Symptome mit typischen Veränderungen erhebliche Einschränkung der oralen Einfuhr
Gelenke/ Fascien <input type="checkbox"/> Veränderungen nachweisbar aber sicher nicht GVHD	<input type="checkbox"/> Keine Kontrakturen	<input type="checkbox"/> leichte Steifheit der Arme und Beine, leichte Bewegungseinschränkung ohne Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/> Steifheit der Arme und Beine oder Gelenkkontrakturen oder Erythem durch Fasciitis, moderate Beeinträchtigung der Beweglichkeit, (milde Beeinträchtigung der ATL)***	<input type="checkbox"/> Schwere Gelenkkontrakturen mit Beeinträchtigung der ATL (Unfähigkeit sich die Schuhe zuzubinden, Knöpfe aufzuknöpfen oder sich anzuziehen)



Bitte Ankreuzen falls **keine** Gelenkkontrakturen vorliegen:
 Veränderungen nachweisbar aber sicher nicht GVHD:

Stagingbogen chronische GvHD (bei Therapieumstellung)

Patient:

Datum:

Leber GOT: _____ AP: _____ Bilirubin: _____ <input type="checkbox"/> Veränderungen nachweisbar aber sicher nicht GVHD	<input type="checkbox"/> normales Bilirubin und AP und GOT < 3x oberer Normwert	<input type="checkbox"/> Bili normal GOT ≥ als 3 x oberer Normwert und ≤ 5x oberer Normwert oder/und AP ≥ 3x oberer Normwert	<input type="checkbox"/> Bili erhöht aber ≤ 3mg/dl oder/und GOT > 5x oberer Normwert	<input type="checkbox"/> Bili >3mg/dl
Lunge FEV1: _____ l/sec FVC: _____ l DLCO: _____ % <input type="checkbox"/> Veränderungen nachweisbar aber sicher nicht GVHD	<input type="checkbox"/> keine Symptome <input type="checkbox"/> FEV1 > 80%	<input type="checkbox"/> milde Symptome (z.B. Luftnot bei Treppensteigen) <input type="checkbox"/> FEV1 60-79% oder	<input type="checkbox"/> moderate Symptome (z.B. Luftnot bei Gehen auf ebener Fläche) <input type="checkbox"/> FEV1 40-59% oder	<input type="checkbox"/> Ruhedyspnoe (O2 Bedarf) <input type="checkbox"/> FEV1 ≤ 39 <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe erforderlich
Augen <input type="checkbox"/> Veränderungen nachweisbar aber sicher nicht GVHD	<input type="checkbox"/> Keine Veränderungen	<input type="checkbox"/> milde Augentrockenheit ohne Beeinträchtigung der allgemeinen Lebensqualität, <3x /Tag Augentropfen, asymptomatische Keratokonjunktivitis sicca	<input type="checkbox"/> moderate symptomatische Keratokonjunktivitis, >3x/Tag Augentropfen oder Verschluss Tränenkanal <u>ohne</u> Beeinträchtigung des Sehvermögens	<input type="checkbox"/> schwere Beeinträchtigung Sehvermögen durch <input type="checkbox"/> Pseudomembranen <input type="checkbox"/> Cornealulcera <input type="checkbox"/> Sehverlust <input type="checkbox"/> Schmerzen, welche spezielle Brillengläser erfordert
GI-Trakt allgemein Gewicht: _____ kg <input type="checkbox"/> Veränderungen nachweisbar aber sicher nicht GVHD	<input type="checkbox"/> Keine Symptome	<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden, Anorexie, Übelkeit, Erbrechen, abdominale Schmerzen, Durchfall ohne signifikanten Gewichtsverlust und ohne relevante Beeinträchtigung (Gewichtsverlust <5%)	<input type="checkbox"/> Symptome mit Gewichtsverlust 5-15% oder <input type="checkbox"/> moderate Diarrhoe ohne signifikante Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Symptome mit Gewichtsverlust >15% parenterale Zusatzernährung erforderlich oder Ösophagiale Dilatation erforderlich oder <input type="checkbox"/> schwere Diarrhoe mit signifikanter Beeinträchtigung
Ösophagus (Dysphagie oder Odynophagie)	<input type="checkbox"/> Keine Symptome	<input type="checkbox"/> gelegentlich Schluckbeschwerden oder Schmerzen beim Schlucken fester Nahrung oder Tabletten <i>während der letzten Woche</i>	<input type="checkbox"/> intermittierende Schluckbeschwerden oder Schmerzen beim Schlucken bei fester Nahrung oder Tabletten aber nicht bei Flüssigkeiten <i>während der letzten Woche</i>	<input type="checkbox"/> permanente Schluckbeschwerden oder Schmerzen beim Schlucken bei Nahrungsaufnahme incl. Flüssigkeiten <i>während der letzten Woche</i>
Oberer GI-Trakt (Appetitlosigkeit, Völlegfühl, vorzeitiges Sättigungsgefühl, Anorexie, Übelkeit, Erbrechen)	<input type="checkbox"/> Keine Symptome	<input type="checkbox"/> milde, gelegentliche Symptome mit geringer Reduktion oraler Nahrungsaufnahme <i>während der letzten Woche</i>	<input type="checkbox"/> moderate, intermittierende Symptome während dem gesamten Tag, leichte Reduktion der Nahrungsaufnahme <i>während der letzten Woche</i>	<input type="checkbox"/> erhebliche oder permanente Beschwerden täglich, signifikante Reduktion der oralen Nahrungsaufnahme <i>praktisch täglich während der letzten Woche</i>

*** ATL = Aktivitäten des tägl. Lebens. Das Staging der pulmonalen Beteiligung sollte immer nach Symptomen und der pulmonalen Funktion (PFT) erfolgen. Im Falle einer Diskrepanz von Symptomen und der PFT sollte der höhere von beiden Werten benutzt werden. Das Staging sollte primär mit FEV1 erfolgen.

Biopsie erfolgt: ja nein Organ der Biopsie: _____ Datum: _____

GVHD bestätigt: ja nein Organ: _____

Auto-Antikörper: ja nein Auto-AK Spezifität: _____

Biomarkerproben verfügbar: ja: Serum Plasma RNA DNA MNC Urin Speichel

Stagingbogen chronische GvHD (bei Therapieumstellung)	
Patient:	Datum:

andere Organbeteiligungen: _____
 (die Schwere wird nach Beeinträchtigung der ATL beurteilt (mild =1 (ohne Beeinträchtigung), moderat =2, schwer =3 (signifikante Beeinträchtigung))

Andere assoziierte Symptome, Organbeteiligungen oder Komplikationen (nur ankreuzen wenn vorliegend)

	Mild	moderat	schwer
Pleura-Ergüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BOOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nephrotisches Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malabsorption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ösophageale Strikturen oder Netz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascites (Serositis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myasthenia gravis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periphere Polyneuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polymyositis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perikarderguß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiale Reizleitungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Beteiligung (KHK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eosinophilie (>500/µl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonale Hypertonie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erfassung der aktuellen Behandlungsdaten

Derzeitige Medikation und Behandlung:

Prednisolon Dosis: _____ mg	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	HD-Steroid Bolus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ciclosporin A Dosis: _____ mg	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tacrolimus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sirolimus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Campath	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MMF (Cellcept [®] , Myfortic [®])	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Total nodale Bestrahlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MTX po/iv	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Glivec	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
PUVA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Photopherese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tocilizumab	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Everolimus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
topisches Tacrolimus oral	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	topische Steroide oral	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
topische Steroide inhalativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rituximab	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Cyclosporin AT	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere (bitte angeben) _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

globale Einschätzung des Behandlers bei chronischer GVHD:

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Wie würden Sie die Schwere der cGVHD des Patienten auf einer Skala von 0-10 einschätzen. (0 = keine Symptome 10 = schlechter geht es nicht.)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (keine cGVHD) (maximale cGVHD)

Welches ist das von der GVHD befallene Organ, welches den Patienten am stärksten einschränkt bzw. Gradmesser für das Ansprechen der Therapie ist?

Haut Mund Augen Magen/Darm Leber Genital Ösophagus Lunge Gelenke

andere: _____

Stagingbogen chronische GvHD (bei Therapieumstellung)	
Patient:	Datum:

Wie schätzen Sie die cGVHD im Vergleich zum Zustand zur letzten Evaluation am: _____ ein?

	Nicht betroffene	CR	Sehr viel besser	moderate besser	Etwas besser	gleich	etwas schlechter	moderat schlechter	viel schlechter
cGVHD gesamt	--	<input type="checkbox"/>							
Mund	<input type="checkbox"/>								
Haut	<input type="checkbox"/>								
Augen	<input type="checkbox"/>								
GI-Trakt	<input type="checkbox"/>								
Gelenke	<input type="checkbox"/>								

aktueller GVHD-Status:

- Neudiagnose cGVHD
 klassische cGVHD
 Overlap Syndrom
 späte akute GVHD
 de novo cGVHD
 quiescent onset
 progressive onset
 komplette Remission
 partielle Remission
 keine Änderung
 Verschlechterung GVHD
 Verbesserung an einem Organ aber gleichzeitige Verschlechterung an anderem Organ

Karnofski Index: (bitte zutreffendes ankreuzen)

100	keine Beschwerden; keine Krankheitszeichen	70	versorgt sich selbst; Alltagsaktivitäten aber nur eingeschränkt möglich, Arbeit nicht möglich	40	überwiegend Bettlägig, besondere Hilfe und Unterstützung notwendig
90	keine Einschränkung der Alltagsaktivitäten; geringfügig verminderte Aktivität und Belastbarkeit, geringe Krankheitssymptome	60	benötigt gelegentlich Hilfe aber kann sich weitestgehend selbst versorgen	30	Schwerbehinderung, geschulte Pflegekraft notwendig, Patient nicht moribund
80	Alltagsaktivitäten nur unter Anstrengung möglich, mäßige Krankheitszeichen	50	benötigt regelmäßig Unterstützung und Pflege sowie häufige medizinische Behandlung	20	Schwerstkranker Patient, Hospitalisierung notwendig, aktive supportive Therapie erforderlich

Therapieänderung

neues Medikament : _____ Ende Medikament _____

Tag der Therapieänderung: _____ Tag nach Tx: _____ Datum: _____

nicht zutreffend, da keine Änderung:

Gründe für Therapieänderung:

- GVHD – bedingt Toxizität Patientenwunsch
 Symptomprogredienz: Thrombopenie Rezidiv der Grundkrankheit
 Neue Manifestation: Renal/HUS: Psychiatr.:
 Symptombesserung
 Klinische Studie:

Stagingbogen chronische GvHD (bei Therapieumstellung)**Patient:****Datum:**Diabetes: Neutropenie: Infektion: Gastrointest: Osteoporose: Osteonekrosen: Immundefekt: Thrombozytopenie: Andere : _____**Neue Therapie:**

Prednisolon Dosis_____mg	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Methylpred.Bolus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ciclosporin Dosis:_____mg	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tacrolimus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sirolimus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Campath	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MMF (Cellcept®, Myfortic®)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	TNI	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MTX po/iv	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Glivec	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
PUVA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Photophorese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tocilizumab	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Everolimus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
topisches Tacrolimus oral	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	topische Steroide oral	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
topische Steroide inhalativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rituximab	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Cyclosporin AT	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere (bitte angeben) _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			