

## BEGLEITBOGEN ZUM UNTERSUCHUNGSANTRAG

B. Klinische Informationen zur **Hautbiopsie** bei V.a. GVHD

Patientenname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Externe H-Nr.: \_\_\_\_\_

Transplantationsdatum: Allog. SZ-Transplantation am \_\_\_\_\_

Grunderkrankung/Verlauf/Komplikationen: \_\_\_\_\_

**Klinische Diagnose:**  akute GVHD     overlap Syndrom     klassische chronische GVHD

Zu kontaktierender Kliniker:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

**Länge der Therapie der kutanen GVHD?**

vor Therapie     < 1 Monats nach Therapiebeginn     > 1 Monat nach Therapiebeginn

DLI innerhalb der letzten 12 Wochen     Ende Immunsuppression innerhalb der letzten 12 Wochen

**Was sind die führenden Hautveränderungen/Symptome?**

- Erythem
- Erythem mit Blasen oder Epidermolyse
- oberflächliche Sklerose
- tiefe Sklerose
- Pruritus
- Fasziiitis
- (Lichenoide) Papeln
- Andere:

Lokalisation

- generalisiert  
Exanthem  
(Sub-)Erythrodermie
- umschrieben

**Besteht eine zusätzliche Mundschleimhautbeteiligung?**

Ja

Nein

**Wo wurde die Biopsie entnommen?**

- Erythem
- Erythem mit Blasen oder Epidermolyse
- oberflächliche Sklerose
- tiefe Sklerose
- Pruritus(unveränderte Haut
- Fasziiitis
- (Lichenoide) Papeln

**Welche immunsuppressiven Medikamente werden eingenommen?**

Typ: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

Typ: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

Typ: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

Typ: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

**Klinische Differentialdiagnose?**

Allergie:     Toxizität     virale Infektion     mykotische/bakterielle Infektion

andere: \_\_\_\_\_

**Welche speziellen Fragen gibt es an die Pathologie?**

---



---