



Erhebungsbogen 2007 zur Immunglobulin – Anwendung, (IVIG)

Persönliche Daten, anonym		
<input type="checkbox"/> Kind		<input type="checkbox"/> Männlich
<input type="checkbox"/> Erwachsener		<input type="checkbox"/> Weiblich
<input type="checkbox"/> CIDP	<input type="checkbox"/> MMN	<input type="checkbox"/> GBS mit bes. Restdefizit
Erkrankung seit :		
Behandlung I		
<input type="checkbox"/> i.v. Immunglobuline* Nr. :	Zeitraum: <input type="checkbox"/> i.v. Kortisongabe *	<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva * mit
<input type="checkbox"/> deutlicher Effekt	<input type="checkbox"/> unsicherer Effekt	<input type="checkbox"/> kein deutlicher Effekt
Behandlung II		
<input type="checkbox"/> i.v. Immunglobuline* Nr. :	Zeitraum: <input type="checkbox"/> i.v. Kortisongabe *	<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva * mit
<input type="checkbox"/> deutlicher Effekt	<input type="checkbox"/> unsicherer Effekt	<input type="checkbox"/> kein deutlicher Effekt
Behandlung III		
<input type="checkbox"/> i.v. Immunglobuline* Nr. :	Zeitraum: <input type="checkbox"/> i.v. Kortisongabe *	<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva * mit
<input type="checkbox"/> deutlicher Effekt	<input type="checkbox"/> unsicherer Effekt	<input type="checkbox"/> kein deutlicher Effekt
Persönliche Behandlung		
<input type="checkbox"/> orale Kortisongabe mit:	Zeitraum: <input type="checkbox"/> Ambulante oder häusliche IVIG mit:	<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva * mit:
Eigene Angaben: bitte gut lesbar		
<input type="checkbox"/> deutlicher Effekt	<input type="checkbox"/> unsicherer Effekt	<input type="checkbox"/> kein deutlicher Effekt

Erläuterung:

Im Rahmen der Erhebung wird bei der Behandlung unterschieden:

- A) Hochdosierte IVIG – Gabe über 3-5 Tage, stationäre Behandlung (Exacerbation, akute Verschlimmerung)
- B) Regelmäßige ambulante intravenöse IVIG Anwendung (4 bis 8 Wochen)
- C) Regelmäßige ambulante intravenöse IVIG Anwendung oder häuslich subkutane IVIG Anwendung (1mal wöchentlich bis 1mal monatlich)
- D) Hochdosierte intravenöse Cortison Infusionstherapie im Stoß
- E) orale Cortisongabe
- F) orale Immunsuppression oder Immunmodulation
- G) Mischkombinationen

Subkutane Immunglobuline

Für die intramuskuläre und subkutane Therapieanwendung stehen derzeit zur Verfügung

- 01. Beriglobin®
- 02. Gammanorm®
- 03. SUBCUVIA®
- 04. Vivaglobin®

Intravenöse Immunglobuline

Für die intravenöse Therapieanwendung stehen derzeit zur Verfügung

- 05. ENDOBULIN®
- 06. Flebogamma®
- 07. Gammagard®
- 08. Gamunex 10%®
- 09. Intratect®
- 10. Octagam®
- 11. Pentaglobin®
- 12. Polyglobin® 10%®
- 13. Sandoglobulin®
- 14. Sandoglobulin Liquid®

Häufig eingesetzte Immunsuppressiva und Immunmodulatoren

GRUNDSUBSTANZ	ABKÜRZUNG	PRÄPARATE
Azathioprin	AZA	Azathioprin®, Imurek®
Cyclophosphamid	CYC	Endoxan®
Ciclosporin, Ciclosporin A	San	Sandimmun®, Sandimmun Optoral®, Immunosporin®
Methotrexat	MTX	MTX®
Mycophenolate – Mofetil	MMF	CellCept®, Lantarel®
Tacrolimus	Pro	Prograf®

Cortisonpräparate

Die vielfältigen Cortisonpräparate sind aus Übersichtlichkeitsgründen im Erhebungsbogen nicht Einzeln aufgeführt. Verordnete Cortison Präparate sollten mit Handelsnamen **in den Bogen** eingetragen werden.

Den ausgefüllten Erhebungsbogen bitte unter Telefaxnummer 02161-480205 oder per Post an die GBS Initiative eV, Carl - Diem- Str. 108 D-41065 Moenchengladbach einsenden.

Die GBS Initiative eV bedankt sich nochmals rechtlich herzlich für ihre Mithilfe bei der Erhebung zur aktuellen medikamentösen Behandlungsoption. Ihr

 