



Ankylosing Spondylitis International Federation
Internationales Netzwerk der Morbus-Bechterew-Patientenorganisationen in aller Welt

Fragebogen zum Thema

Wie wirken sich Rheumamedikamente auf Vaterschaft und Mutterschaft aus?

Liebes DVMB-Mitglied,

Wie im Aufruf auf Seite 5 dieses Hefts ausgeführt, besteht bei neuen Rheumamedikamenten noch eine große Unsicherheit, welche vor einer Schwangerschaft vom künftigen Vater und vor oder während der Schwangerschaft von der künftigen Mutter eingenommenen Medikamente dem ungeborenen Kind schaden und welche nicht. Bitte helfen Sie mit, dass diese Wissenslücke geschlossen werden kann.

Damit Patienten in Zukunft besser beraten werden können, ist es wichtig, dass **alle (männlichen oder weiblichen) Morbus-Bechterew-Patienten mitmachen, die als Vater oder Mutter an einer nach dem 1. Januar 2000 beendeten Schwangerschaft beteiligt waren (auch ohne die Einnahme von Medikamenten: wir brauchen den Vergleich!).**

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig und vollständig aus.
 In große Kästchen deutliche Zahlen eintragen:
 Bei kleinen Kästchen zutreffende Antwort ankreuzen
Wenn Sie bei einer Ja-Nein-Frage weder „Ja“ noch „Nein“ ankreuzen, können wir Ihre Antwort nicht mitzählen!

1. Mein Geburtsjahr: 19

2. Mein Geschlecht: Ich bin männlich Ich bin weiblich

3. In welchem Jahr traten die ersten Spondylitis ankylosans-Symptome auf? Im Jahre

In welchem Jahr wurde die Diagnose Morbus Bechterew gestellt? Im Jahre

4. Wurde die Diagnose Morbus Bechterew von einem Arzt gestellt? Ja Nein

5. Leiden Sie zusätzlich an einer anderen chronischen Krankheit, für welche Sie regelmäßig Medikamente einnehmen oder den Arzt aufsuchen müssen?
 Ja Nein (dann weiter mit Frage 7)

6. Wenn ja, an welcher Erkrankung leiden sie?
 Bitte kreuzen Sie die Krankheiten an, an denen Sie leiden.

- Hoher Blutdruck
- Herz-Kreislauf-Krankheit
- chronische Lungenkrankheit
- Morbus Crohn
- Colitis ulcerosa
- Psoriasis (Schuppenflechte)
- Diabetes
- Epilepsie
- Leberkrankheit
- Andere chronische Krankheit: _____

7. Haben Sie Kinder (bitte Zahl eintragen)?

Ja, Knaben und Mädchen Nein

Fragen zu den Schwangerschaften, die nach dem 1. Januar 2000 endeten:

Falls Sie / Ihre Partnerin in diesem Zeitraum mehrere Schwangerschaften hatten: Fertigen Sie eine Kopie des Fragebogens an und füllen Sie für jede Schwangerschaft einen Fragebogen aus.

8. Hatten Sie/ die Mutter Ihres Kindes in dieser Schwangerschaft eine Präeklampsie (Schwangerschafts-
vergiftung)?

Ja Nein weiß ich nicht

9. Die Schwangerschaft endete im Jahre 200 **mit:**

- der Geburt eines lebenden Kindes (weiter mit Frage 11)
- der Geburt von Zwillingen (weiter mit Frage 11)
- Totgeburt (weiter mit Frage 16)
- Fehlgeburt (weiter mit Frage 16)
- Schwangerschaftsabbruch

10. Falls Sie / die Mutter Ihres Kindes einen Schwangerschaftsabbruch hatten: Wurde dieser wegen der Einnahme von Medikamenten durchgeführt?

Ja Nein

11. Falls diese Schwangerschaft mit einer Geburt endete, in welcher Schwangerschaftswoche war es?

- vor der 25. Schwangerschaftswoche
- Woche 26 bis 29
- Woche 30 bis 36
- Woche 37 bis 40
- nach der 41. Schwangerschaftswoche

12. Geschlecht des Kindes? Knabe Mädchen

13. Geburtsgewicht? Gramm

14. Gesundheit des Neugeborenen

- War das Kind gesund Ja Nein
- Das Kind hatte Missbildungen Ja Nein
(wenn nein: weiter mit Frage 16)

15. Art der Missbildung

- Lippen-Gaumenspalte Ja Nein
- Herzfehler Ja Nein
- Lungenhochdruck (pulmonale Hypertension) .. Ja Nein
- offener Bauch Ja Nein
- Zwerchfellhernie..... Ja Nein
- Fehlbildung an Magen und Darm Ja Nein
- Fehlbildung an Fingern und Zehen Ja Nein
- Fehlbildung der Geschlechtsorgane Ja Nein
- Fehlbildung der Niere Ja Nein
- offener Rücken Ja Nein
- Fehlbildungen an Kopf und Gesicht..... Ja Nein
- Andere Fehlbildung Ja Nein

Im Fall von Zwillingen: zweites Kind

Knabe Mädchen

Gramm

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

16. Wurden Sie vor der Schwangerschaft mit einem oder mehreren der folgenden Medikamente behandelt?

	3 bis 6 Monate vor Beginn der Schwangerschaft	1 bis 3 Monate vor Beginn der Schwangerschaft	in den letzten 4 Wochen vor Beginn der Schwangerschaft	
Remicade	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Enbrel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Humira	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Methotrexat	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sulfasalazin (z.B. Azulfidine)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bisphosphonat (z.B. Fosamax, Actonel, Didronel)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

17. Für weibliche Morbus-Bechterew-Patienten: Wurden Sie während der Schwangerschaft mit einem oder mehreren der folgenden Medikamente behandelt?

Für männliche Morbus-Bechterew-Patienten: Wurde die Mutter Ihres Kindes während der Schwangerschaft mit einem oder mehreren der folgenden Medikamente behandelt?

	Während der <u>ersten</u> 3 Schwangerschaftsmonate	Während der mittleren 3 Monate	Während der letzten 3 Monate	
Remicade	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Enbrel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Humira	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Methotrexat	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sulfasalazin (z.B. Azulfidine)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bisphosphonat (z.B. Fosamax, Actonel, Didronel)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzmittel (z.B. Paracetamol, Opioide)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
nichtsteroidale Antirheumatika (z.B. Amuno, Arpranax, Brufen, Imbun, Naprosyn, Proxen, Rantudil, Voltaren)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Coxibe (z.B. Celebrex, Vioxx, Arcoxia, Prexige, Arcoxia)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
kortison-ähnliche Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutdruckmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutzucker senkende Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenhormon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mittel gegen Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Fragen zu Tabak, Alkohol und Drogen:

18. Haben Sie als Schwangere / hat die Mutter Ihres Kindes während dieser Schwangerschaft geraucht?

- Nein, während dieser Zeit nicht geraucht
 Ja, ca. 10 – 20 Zigaretten täglich
 Ja, ca. 0 – 10 Zigaretten täglich
 Ja, mehr als 20 Zigaretten täglich

19. Haben Sie als Schwangere / hat die Mutter Ihres Kindes während dieser Schwangerschaft Alkohol (Bier, Wein, Schnaps) konsumiert?

- nein oder seltener als einmal pro Monat
 seltener als täglich
 seltener als einmal pro Woche
 täglich

20. Haben Sie als Schwangere / hat die Mutter Ihres Kindes während dieser Schwangerschaft Drogen (Cannabis, Ecstasy, Kokain, Heroin oder Methadon) zu sich genommen?

nein oder seltener als einmal pro Monat

seltener als täglich

seltener als einmal pro Woche

täglich

Frage nach Krankheiten des Partners

21. Für männliche Morbus-Bechterew-Patienten: Leidet die Mutter ihres Kindes an einer chronischen Krankheit?

Für weibliche Morbus-Bechterew-Patienten: Leidet der Vater ihres Kindes an einer chronischen Krankheit?

Ja

Nein

Wenn ja, an welcher Erkrankung leidet sie/er? (Bitte vorhandene Krankheiten ankreuzen)

Hoher Blutdruck

Herz-Kreislauf-Krankheit

chronische Lungenkrankheit

Morbus Crohn

Colitis ulcerosa

Psoriasis

Diabetes

Epilepsie

Leberkrankheit

Rheumatische Krankheit: _____

Andere chronische Krankheit: _____

ENDE des Fragebogens

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens 31. Oktober 2007 an die

Geschäftsstelle der DVMB

Metzgergasse 16

97421 Schweinfurt