

## PDT-Dokumentationsbogen

Bogen für die Dokumentation einer photodynamischen Therapie der subfovealen, überwiegend klassischen choroidalen Neovaskularisation (CNV) bei altersabhängiger Makuladegeneration (AMD)

|                        |                     |                |
|------------------------|---------------------|----------------|
| <b>Patientendaten:</b> | Name: _____         | Vorname: _____ |
|                        | Geburtsdatum: _____ | ID.-Nr.: _____ |

|                      |                                  |                                 |
|----------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <b>Auge der PDT:</b> | rechts: <input type="checkbox"/> | links: <input type="checkbox"/> |
|----------------------|----------------------------------|---------------------------------|

|                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| <b>Anamnese:</b>                | Erstbehandlung <input type="checkbox"/>    | Folgebehandlung <input type="checkbox"/> |
| Sehverschlechterung seit: ..... | im Verlauf besser <input type="checkbox"/> | schlechter <input type="checkbox"/>      |
| Metamorphopsien seit: .....     | im Verlauf besser <input type="checkbox"/> | schlechter <input type="checkbox"/>      |

|   |  |
|---|--|
| <b>Erstbehandlung:</b><br><br>Datum:.....<br>Visus (mit bester Korrektur) ..... | <b>Folgebehandlung:</b> Nr.:..... Datum: .....<br><br>Daten der bisherigen Behandlungen:<br>.....<br>Visus (mit bester Korrektur) – vor dieser PDT: .....<br>- vor Erstbehandlung: ..... |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| <b>Fundusbefund:</b><br><br><input type="checkbox"/> subretinale Flüssigkeit<br><input type="checkbox"/> subretinales Blut<br><input type="checkbox"/> Drusen<br><input type="checkbox"/> intraret. Lipidablagerung | <b>bei Folgebehandlung:</b><br><br><input type="checkbox"/> Regression<br><input type="checkbox"/> Fibrosierung<br><br>Bemerkung: ..... |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
| <b>Fluoreszenzangiographie:</b><br><br><input type="checkbox"/> subfoveale Lage<br><input type="checkbox"/> Staining<br><input type="checkbox"/> Leckage<br><br>Diagnose:<br>AMD mit klassischem Anteil<br>> 50 % <input type="checkbox"/> < 50 % <input type="checkbox"/> | <b>bei Folgebehandlung:</b><br><br><input type="checkbox"/> Zunahme der Leckage<br><input type="checkbox"/> Abnahme der Leckage<br><br>Bemerkung: .....<br>.....<br>..... |
|--|---|

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Behandlungsparameter:</b> | Menge Verteporfin in ml: .....          |
|                              | CNV- Durchmesser: .....                 |
|                              | Spotgröße des Behandlungsstrahls: ..... |

Beiliegen muss mindestens 1 repräsentatives, gut beurteilbares FLA-Bild ausreichender Qualität bestehend aus: Leeraufnahme, Früh- und Spätphase der Angiographie. Bei Folgebehandlung auch entsprechende FLA-Bilder von vor der Erstbehandlung beifügen.

Stempel:

Unterschrift: