

PDT-Dokumentationsbogen

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

| | | |
|------------------------|---------------------|----------------|
| Patientendaten: | Name: | Vorname: |
| | Geburtsdatum: | ID.-Nr.: |

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

| | | |
|------------------|---|--|
| Anamnese: | 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"/> |

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

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

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

| | |
|------------------------------|---|
| Behandlungsparameter: | 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: