

**Klinischer Fragebogen für Ärzte**  
Studie zum Langzeitverlauf bei Lissenzephalie

Studien-ID: \_\_\_\_\_

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

**1. DIAGNOSTIK**

Wann wurde die (Verdachts-) Diagnose Lissenzephalie gestellt?

- Pränatal       Perinatal       Postnatal (im Alter von:.....)

Erstes klinisches Symptom:.....

Welche diagnostischen Tests wurden durchgeführt?

- CT                       MRT                       kranialer Ultraschall  
 pränatales MRT       pränatale Sonographie       Gentest  
 TORCH-Serologie: (O auffällig, weil.....)

EEG Befund       nicht durchgeführt

- unauffällig (Alter: ..... Jahre)       auffällig (ab Alter: ..... Jahre):  
 Hypsarrhythmie       fokale ETP       generalisierte ETP       sonstiges: .....

**2. EPILEPSIE UND ANTIKONVULSIVE THERAPIE**

**Krampfanfälle**  nein (noch nie)       ja, ab (Monat/Jahr) ...../.....

- BNS-Anfälle (im Alter ..... bis ..... )  Mykloni (im Alter ..... bis ..... )  
 Absencen ( ..... bis ..... )       gen. tonisch-klonische Anfälle ( ..... bis ..... )  
 tonische Anfälle ( ..... bis ..... )       komplex-fokale Anfälle ( ..... bis ..... )  
 klonische Anfälle ( .....bis..... )       nur Fieberkrämpfe ( .....bis..... )

Alter bei erstem epileptischen Anfall : ..... (Alter in Monaten/Jahren)

Aktuelle Anzahl Anfälle/Zeiteinheit: .....

Aktuelle Art der Anfälle:.....

Aktuelle Medikation:.....

Studien-ID: \_\_\_\_\_

### Therapeutisches Ansprechen auf Antikonvulsive Therapie

Medikament	Anfallsreduktion >50%	Anfallsreduktion >25%	Anfallsreduktion <25%	Klinische Verschlechterung	Ungewöhnliche Nebenwirkungen
Valproat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Topiramamat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Phenobarbital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Phenytoin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vigabatrin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carbamazepin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxcarbazepin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ketogene Diät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sultiam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levetiracetam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lamotrigin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clonazepam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Ungewöhnliche Nebenwirkungen:

Medikament	Nebenwirkungen
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

### 3. AKTUELLER KLINISCHER STATUS

im Alter von ..... Monaten ..... Jahren

Kopfumfang ..... cm      Gewicht ..... kg      Länge ..... cm

#### Beste motorische Leistung:

- Kopfkontrolle       freies Sitzen       Krabbeln/Robben/Rollen
- Stehen mit Unterstützung       Laufen mit Unterstützung       freies Laufen

#### Dysmorphien/Auffälligkeiten:

- Haut (Naevi, überdehnbar, ..):  nein /  ja: .....
- Schädel/Gesicht:  nein /  ja: .....
- Thorax, Extremitäten:  nein /  ja: .....
- Gastrointestinal/Urogenital:  nein /  ja: .....
- Cor/Pulmo:  nein /  ja: .....
- Gefäßanomalien:  nein /  ja: .....
- Gerinnungsstörung:  nein /  ja: .....
- Hörbehinderung:  nein /  ja: .....
- Sehbehinderung:  nein /  ja: .....
- Sonstige Besonderheiten: .....

**Muskelhypotonie**       untere Extremität       obere Extremität       Rumpf       generalisiert  
 proximal betont       distal betont       proximal=distal

**Kontrakturen**       keine  Finger  Handgelenke  Ellenbogen  Schulter  
 Sprunggelenk  Knie  Hüfte

**Tremor**       nein       ja: .....

**Spast. Bewegungsstörung**       nein       ja:       Hemiparese rechts / links       Tetraparese  
 (obere Extremität > / = / < untere Extremität)

**Augenbewegungen:**       gerichtet       ungerichtet       Nystagmus       blind

**Soziale Kontaktaufnahme**       normal  Reaktion auf Ansprache  auf taktile Reize  keine

**Endokrinologie**

Sind jemals festgestellt worden, auch kurzzeitig:

- Diabetes insipidus                                       Diabetes mellitus
- Wachstumshormondefizit                               Hypo-/Hyperkortisolismus
- Hypo-/Hyperthyreose                                       Elektrolytentgleisung

Bestehen Atembeschwerden, Dyspnoe oder eine Prädisposition für Pneumonien?

.....

**4. KOMPLIKATIONEN**

**Stationäre Aufenthalte/Operationen:**

Falls vorhanden, bitte Kopie der Epikrisen beifügen

Jahr	Grund/Operation
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Patient verstorben**

- Im Alter von : .....
- Todesursache: .....
- Gab es Reanimationsversuche?       ja (wie viele?.....)       nein
- Wurde eine Obduktion durchgeführt?       ja       nein

**Anlagen:**       Arztbriefe       EEG Befunde       MRT-Bilder ( file-Kopie auf CD oder Filme)

\_\_\_\_\_  
Name des behandelnden Arztes

Stempel Arzt und Klinik/Einrichtung:

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

**Studien-ID:** \_\_\_\_\_