

Antirheumatische Therapie beim Mann und ihre Auswirkungen auf gezeugte Kinder

Dieser Fragebogen soll helfen herauszufinden, ob sich die Einnahme folgender Medikamente beim Mann auf die Gesundheit der von ihm gezeugten Kinder auswirkt:

- **Leflunomid (Arava®)**
- **Methotrexat (Metoject®, MTX)**
- **Rituximab (MabThera®)**
- **Mycophenolat mofetil (Cellcept®)**

1. Haben Sie während der Therapie mit **Arava** (Leflunomid), **Methotrexat** (MTX) **MabThera** (Rituximab) oder **Cellcept** (Mycophenolat mofetil) ein Kind gezeugt?
2. Haben Sie eine gewisse Zeit nach einer der nachfolgend genannten Therapien ein Kind gezeugt?
Arava => *weniger als 2 Jahre* und **ohne** „Auswaschverfahren“
Methotrexat => *weniger als 3 Monate*
MabThera => *weniger als 12 Monate*
Cellcept => *weniger als 6 Wochen*

Wenn einer dieser genannten Fälle auf Sie zutrifft, dann bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Die gesammelten Daten sollen helfen, zukünftige Patienten besser beraten zu können.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert ungefähr 15 Minuten.

1) Welche Krankheit wurde bei Ihnen festgestellt? (zutreffende Antwort ankreuzen)

- Rheumatoide Arthritis Morbus Bechterew Psoriasis Arthritis
- Vaskulitis Systemischer Lupus erythematoses
- Andere rheumatische Erkrankung
- (Bitte Erkrankung mit Namen angeben)

2) Mein Jahrgang: : (z.B. 1973)

3) In welchem Jahr wurde die Diagnose gestellt?

Für Männer mit:

- Arava (Leflunomid)** - Therapie => gehen Sie zu Frage 4
- MTX (Methotrexat)** - Therapie => gehen Sie zu Frage 5
- MabThera (Rituximab)** - Therapie => gehen Sie zu Frage 6
- Cellcept (Mycophenolat mofetil)** – Therapie => gehen Sie zu Frage 7

Bitte **bei Kombinationen** der oben genannten Medikamenten die Fragen für jedes Medikament beantworten.

4) Für Männer mit Zeugung während Arava (Leflunomid) oder nach Arava (Stopp weniger als 2 Jahre und ohne medikamentöses „Auswaschverfahren“):

Wie viele Wochen / Monate vor der Zeugung wurde Arava gestoppt?

gar nicht gestoppt.

vor Zeugung gestoppt:

Anzahl: Monate oder Anzahl: Wochen gestoppt

Dosis pro Tag: mg

Zeitpunkt Zeugung: Jahr: Monat:

Wie lange hatten Sie zum Zeitpunkt der Zeugung schon Arava? Jahre Monate

5) Für Männer mit Zeugung während Methotrexat (MTX) oder kurz nach Absetzen von Methotrexat (weniger als 3 Monate).

Wie viele Wochen / Monate vor der Zeugung wurde Methotrexat MTX gestoppt?

gar nicht gestoppt.

vor Zeugung gestoppt:

Anzahl: Monate oder Anzahl: Wochen gestoppt

Dosis pro Woche: mg

Zeitpunkt Zeugung: Jahr: Monat:

Wie lange hatten Sie zum Zeitpunkt der Zeugung schon MTX? Jahre Monate

Folsäure-Dosis:

Nehmen Sie Folsäure? JA, mg; wie oft: X pro Woche (z.B. 2x pro Woche, oder 7x pro Woche)

Nein

6) Für Männer mit Zeugung nach MabThera (Rituximab) (innerhalb von 12 Monaten danach).

Wie viele Wochen / Monate vor der Zeugung wurde MabThera gegeben?

Anzahl: Monate oder Anzahl: Wochen

Zeitpunkt Zeugung: Jahr: Monat:

Welche **Dosis von Rituximab** haben Sie erhalten?

- a) Haben Sie Rituximab 2-mal (2x 1000mg) in 14-täglichem Abstand erhalten? Ja Nein
- b) Haben Sie Rituximab im wöchentlichen Abstand über einen Monat erhalten (Dosis: an das individuelle Körpergewicht angepasst) erhalten? Ja Nein

7) Für Männer mit Zeugung während Cellcept (Mycophenolat mofetil) oder kurz nach Absetzen von Cellcept (weniger als 6 Wochen).

Wie viele Wochen / Monate vor der Zeugung wurde Cellcept gestoppt?

gar nicht gestoppt.

vor Zeugung gestoppt:

Anzahl: Monate oder Anzahl: Wochen gestoppt

Dosis pro Woche: mg

Zeitpunkt Zeugung: Jahr: Monat:

Wie lange hatten Sie zum Zeitpunkt der Zeugung schon Cellcept? Jahre Monate

8) Welche anderen Rheuma-Medikamente (Basismedikamente, Biologika usw.) haben Sie zum Zeitpunkt der Zeugung zusätzlich genommen? (Bitte kreuzen Sie das Medikament an, welches Sie zum Zeitpunkt der Zeugung zusätzlich zu den oben genannten Medikamenten eingenommen haben.)

| | |
|---|--------------------------|
| TNF-Blocker: z.B. Remicade, Enbrel, Humira, Cimzia, Simponi | <input type="checkbox"/> |
| Salazopyrin (Sulfasalazin) | <input type="checkbox"/> |
| Bisphosphonate: z.B. Fosamax, Actonel, Didronel, Bonviva | <input type="checkbox"/> |
| Nicht-Steroidale Antirheumatika: z.B. Diclofenac, Ibuprofen, Ponstan, Xefo | <input type="checkbox"/> |
| Cox-2-Hemmer: z.B. Celebrex, Arcoxia | <input type="checkbox"/> |
| Corticosteroide: z.B. Spiricort, Prednison, Urbason, Decortin | <input type="checkbox"/> |
| Andere..... | <input type="checkbox"/> |
| Andere..... | <input type="checkbox"/> |

9) Nahmen Sie zum Zeitpunkt der Zeugung, abgesehen von den bisher genannten Medikamenten, weitere Medikamente regelmässig ein?

Wenn ja: Welche der untenstehenden Medikamente nahmen Sie während der Zeit der Zeugung regelmässig ein? (Bitte kreuzen Sie jeweils das Medikament an, welches Sie zum entsprechenden Zeitpunkt eingenommen haben.)

| | |
|---|--------------------------|
| Schmerzmittel: z.B. Paracetamol, Dafalgan | <input type="checkbox"/> |
| Morphinprodukte: z.B. Tramal, Oxicontin, Durogesic, Zaldiar, usw. | <input type="checkbox"/> |
| Medikamente gegen hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> |
| Medikamente gegen Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> |
| Medikamente gegen Epilepsie | <input type="checkbox"/> |
| Andere: | <input type="checkbox"/> |
| Andere:..... | <input type="checkbox"/> |

10 a) Litten Sie zusätzlich an einer anderen chronischen Krankheit zum Zeitpunkt der Zeugung, für welche Sie regelmäßig Medikamente einnehmen oder den Arzt aufsuchen mussten?

Ja Nein

10 b) Wenn ja, an welcher Erkrankung litten Sie während der Zeugung? (Bitte kreuzen Sie die Krankheit an, unter welcher Sie zum Zeitpunkt der Zeugung gelitten haben.)

| | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> |
| Herz-Kreislauf-Krankheit | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Andere Krankheit..... | <input type="checkbox"/> |
| Andere Krankheit..... | <input type="checkbox"/> |

11) Die Zeugung führte zu einer:

| | |
|--|--------------------------|
| einer Geburt: siehe folgende Frage | <input type="checkbox"/> |
| einer Fehlgeburt: Gehen Sie zu Seite 8 | <input type="checkbox"/> |
| einem Schwangerschaftsabbruch: Gehen Sie zu Seite 8 | <input type="checkbox"/> |

Fragen zur Geburt

| | |
|--|---|
| <u>Bei Zwillingen:</u> | |
| 12) Das Kind wurde geboren im Jahre: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Knabe <input type="checkbox"/> Mädchen |
| Geschlecht des Kindes? <input type="checkbox"/> Knabe <input type="checkbox"/> Mädchen | Geburtsgewicht? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gr. |
| Geburtsgewicht? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gramm | |

13) In welcher Schwangerschaftswoche wurde das Kind (die Kinder) geboren?

in der Woche es wurde lebend geboren

es wurde tot geboren

Bei Zwillingen: 2. Kind

es wurde lebend geboren

es wurde tot geboren

14 a) Musste das Kind (od. eines der Kinder) nach der Geburt ärztlich behandelt werden?

Ja Nein

14 b) Falls das Kind ärztlich behandelt wurde: Weswegen?

Das Kind musste behandelt werden wegen,.....

Bei Zwillingen: das 2. Kind musste behandelt werden wegen,

Fragen zur Gesundheit des Kindes

15 a) Hat der Kinderarzt bei der Erstuntersuchung des Kindes oder der Kinder nach der Geburt etwas Ungewöhnliches festgestellt?

Ja Nein

Wenn nein: weiter zu Seite, Frage 17.

15 b) Es wurde eine Missbildung festgestellt.

Ja Nein

Bei Zwillingen: 2. Kind

Ja Nein

15 c) Art der Missbildung:

(Bitte markieren Sie die entsprechende Rubrik)

| | 1. Kind | 2. Kind: Zwilling |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Lippen-Gaumenspalte</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Herzfehler</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>offener Bauch</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Zwerchfellhernie</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Fehlbildung: Magen und Darm</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Fehlbildung: Finger und Zehen</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Fehlbildung: Geschlechtsorgane</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Fehlbildung der Niere</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>offener Rücken</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Fehlbildung: Kopf und Gesicht</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Andere Fehlbildung:.....</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16 a) Es wurde eine Erkrankung festgestellt.

Ja Nein

Bei Zwillingen: 2. Kind

Ja Nein

16 b) Wenn ja, welche Erkrankung?

Es wurde folgende Erkrankung festgestellt:

.....

Bei Zwillingen: beim 2. Kind wurde folgende Erkrankung festgestellt,

.....

Fragen zu Fehlgeburt

17 a) In welcher Schwangerschaftswoche war die Fehlgeburt?

in der Woche.

17 b) Kennen Sie die Ursache für die Fehlgeburt?

- Nein, die Ursache war nicht bekannt Ja, wegen einer Krankheit der Mutter
- Ja, wegen einer Fehlbildung des Kindes Ja, wegen einer Erkrankung des Kindes
- Andere Ursache.....

Fragen zum Schwangerschaftsabbruch

18 a) In welcher Schwangerschaftswoche fand der Abbruch statt?

in der Woche.

18 b) Grund des Schwangerschaftsabbruchs?

- Fehlbildungen des Kindes Erkrankung der Mutter
- Erkrankung des Kindes Einnahme von Medikamenten väterlicherseits
- Anderer Grund

Fragen zu Medikamenten, welche die Mutter des Kindes während der Schwangerschaft eingenommen hat

19 a) Hat Ihre Partnerin während der Schwangerschaft eines oder mehrere der folgenden Medikamente eingenommen?

- Eisenpräparate Vitaminpräparate Folsäure Magnesium

19 b) Hat Ihre Partnerin während der Schwangerschaft regelmässig Schmerzmittel und/oder entzündungshemmende Mittel eingenommen? (Bitte alle Medikamente mit Namen angeben)

- Schmerzmittel:** z.B. Paracetamol, Dafalgan, Tramadol, Opiode (z.B. Durogesic, Oxicontin, Zaldiar, usw.)

(Medikament Name und Dosierung).....

- Während der ersten 3 Monate ca. __x pro Tag ca. __x pro Woche. ca. __x.....
- Während der mittleren 3 Monate ca. __x pro Tag ca. __x pro Woche. ca. __x.....
- Während der letzten 3 Monate ca. __x pro Tag ca. __x pro Woche. ca. __x.....
- Während der gesamten Schwangerschaft. ca. __x pro Tag ca. __x pro Woche ca. __x.....

- Entzündungshemmer (NSAR):** z.B. Brufen, Diclofenac, Ponstan, Xefo, Celebrex, Proxen usw.

(Medikament Name und Dosierung).....

- Während der ersten 3 Monate ca. __x pro Tag ca. __x pro Woche. ca. __x.....
- Während der mittleren 3 Monate ca. __x pro Tag ca. __x pro Woche. ca. __x.....
- Während der letzten 3 Monate ca. __x pro Tag ca. __x pro Woche. ca. __x.....
- Während der gesamten Schwangerschaft. ca. __x pro Tag ca. __x pro Woche. ca. __x.....

19 c) Hat Ihre Partnerin andere Medikamente als alle bisher genannten eingenommen?

Ja (Medikament Name und Dosierung).....

Nein

Wie oft hat sie das oben genannten Medikamente eingenommen?

Während der ersten 3 Monate ca. ___x pro Tag ca. ___x pro Woche. ca. ___x.....

Während der mittleren 3 Monate ca. ___x pro Tag ca. ___x pro Woche. ca. ___x.....

Während der letzten 3 Monate ca. ___x pro Tag ca. ___x pro Woche. ca. ___x.....

Während der gesamten Schwangerschaft. ca. ___x pro Tag ca. ___x pro Woche. ca. ___x.....

Fragen zu Rauchen und Alkohol, welche die Mutter des Kindes betreffen:

20 a) Hat Ihre Partnerin während der Schwangerschaft geraucht?

Nein

Ja, ca. 1 – 10 Zigaretten täglich

Ja, ca. 20 Zigaretten täglich

Ja, mehr als 20 Zigaretten täglich

20 b) Hat Ihre Partnerin während der Schwangerschaft Alkohol (Bier, Wein, Schnaps) konsumiert?

Nein

Ja, ca. ein Glas wöchentlich

Ja, ca. 1 Glas täglich

Ja, mehr als 1 Glas täglich

21) Alter der Mutter bei der Geburt:

Bitte notieren Sie das aktuelle Datum an dem Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben.

Monat: Jahr:

Die Daten sind **anonym** erhoben worden. Es fließen keine Namen in die Datenbank ein.
Möchten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Daten gelöscht haben, benötigen wir eine Identifikationsmöglichkeit Ihrer Daten. Dafür brauchen wir eine **Identifikationsnummer**.

Diese Identifikationsnummer wird folgendermassen erstellt:

Bitte füllen Sie in die untenstehenden Kästchen zuerst die **letzten drei Buchstaben Ihres ersten Vornamens** und dann **Ihren Jahrgang** ein. (z.B. Martin 1980 => TIN1980)

Meine Identifikationsnummer lautet:

Vielen Dank für die Zeit, die Sie sich genommen haben!

Kontaktadresse Beratungsstelle für Schwangerschaftsrheumatologie:

Dr.Frauke Förger
Inselspital, Universitätsspital Bern
Universitätsklinik für Rheumatologie, klinische Immunologie und Allergologie
Zentrum für Mütterberatung und Familienplanung bei Rheumaerkrankungen
PKT2, D 515
CH-3010 Bern

Tel: +41 31 632 30 20

Fax: +41 31 632 26 00

beratungsstelle.ria@insel.ch

www.muetterzentrum-ria.insel.ch

Freiwillige Aufhebung der Anonymität

Beim Ausfüllen von Fragebogen kommt es immer wieder dazu, dass Fragen übersehen und somit nicht beantwortet werden. Um eine gute Datenerhebung zu erhalten, wäre es für uns hilfreich, wenn Sie uns eine Kontaktmöglichkeit angeben würden, damit wir Sie bei Bedarf kontaktieren könnten. Diese Angaben sind freiwillig. Der Fragebogen kann auch ohne die Angabe der Kontaktadresse an uns zurückgesendet werden. Nach Erhalt des Fragebogens kontrollieren wir diesen auf Vollständigkeit und vernichten danach Ihre persönlichen Angaben.

Kontaktmöglichkeit:

Tel. / mobil:

e- mail:

Name und Adresse: