

Bericht über Endpunktereignis



Patienten-ID: [] [] [] [] [] [] [] [] Erstbericht Folgebericht

Bitte senden Sie beide Seiten dieses Bogen innerhalb von 24 Stunden per Fax an:
Studienkoordinator PD Dr. med. Peter A. Ringleb
Telefax: +49(0)6221 56 8243

I. Angaben zum Patienten

Geburtsjahr: [] [] [] []	Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Therapiearm: <input type="radio"/> BMT <input type="radio"/> CEA+BMT <input type="radio"/> CAS+BMT	Behandlungsdatum: ____ . ____ . ____

II. Angaben zum Outcome Event

Ereignis (Zutreffendes ankreuzen und Beschreibungen ergänzen)

Schlaganfall [gilt nur dann als Outcome-Event, wenn die Symptome länger als 24 Stunden andauern, bitte Kopie des Befunds der Bildgebung beilegen !]

Datum: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (Tag-Monat-Jahr)

Art: ischämisch hämorrhagisch unklar

Seite: ipsilateral kontralateral unklar

Symptomatik: Monokuläre Sehstörung
 Sensomotorischer Hemisymptomatik
 Aphasie / Dysarthrie
 Sonstiges
.....

Beschreibung des Ereignisses und Angaben zur Zusatzdiagnostik [alternativ verblindeten Arztbericht beilegen]:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Outcome: mRS an Tag 30 ± 3 nach Ereignis (nachzureichen): _____

Bericht über Endpunktereignis



Patienten-ID:

Herzinfarkt [Veränderung der laborchemischen Ischämieparameter + mind. 1 der anzukreuzenden Punkte - bitte Kopie des EKG beilegen]

Datum: (Tag-Monat-Jahr)

Labor: CK/CK-MB:
Troponin [mit Angabe des Referenzbereichs]:

Anderes: klinische Zeichen
 EKG-Veränderungen [ST-Hebung, neuer Linksschenkelblock, neue Q-Welle]
 neue Wandbewegungsstörungen in der Bildgebung

Beschreibung des Ereignisses und Angaben zur Zusatzdiagnostik [alternativ verblindeten Arztbericht beilegen]:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tod [wenn möglich verblindeten Arztbericht beilegen]

Datum: (Tag-Monat-Jahr)

Ursache: Hirninfarkt
 Intrakranielle Blutung
 Myokardinfarkt
 Sonstiges

Studienarzt

(Name, Unterschrift): Datum: (Tag-Monat-Jahr)