

# Checkliste und Handlungsempfehlung zur Ermittlung des individuellen Risikos auf Komorbidität von Patienten mit schwerer oder mittelschwerer Psoriasis

## Patientendaten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 geboren: \_\_\_\_\_ Aktuelles Datum: \_\_\_\_\_

<b>Anamnese</b>	Verwandte 1. Grades mit schwerer KHK, pAVK	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<b>erhöhtes Komorbiditätsrisiko</b>	<b>Überweisung zur Abklärung erwägen Hausarzt/Internisten/Psychiater</b>	
	schwere bzw. mittelschwere Psoriasis > 10 Jahre	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
	<b>Lebensweise</b>	Inaktivität (kein Sport, kein Fahrrad, viel Auto)	<input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja
		Nikotinabusus	<input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja
	<b>Blutdruck (RR)</b>	syst. >140 mmHg, diast. > 90 mmHg	<input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja
	<b>Blutfette</b>	nüchtern TG > 100 mg/dl LDL-Chol. > 70-100 mg/dl HDL-Chol. < 45 mg/dl	<input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja
<b>Mikroalbuminurie</b>	zwischen 20-200 mg/d	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
<b>Körpermasse</b>	BMI: > 25 kg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<b>erhöhtes Komorbiditätsrisiko</b>	<b>Überweisung zur Abklärung erwägen Hausarzt/Internisten/Psychiater</b>	
	Taillenumfang: F > 88 cm, M > 102 cm	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
<b>Glukose-SW</b>	HbA1c: ≥ 6,5% (≥ 48 mmol/mol) <b>oder Nüchtern-BZ:</b> ≥ 126mg/dl (≥ 7mmol/l) <b>oder oGTT:</b> ≥ 200mg/dl (≥ 11,2mmol/l)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<b>erhöhtes Komorbiditätsrisiko</b>	<b>Überweisung zur Abklärung erwägen Hausarzt/Internisten/Psychiater</b>	
<b>2-Fragen-Test</b>	Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<b>2 x Ja</b>	<b>Summe aller Punkte</b>  Männer: 4 oder mehr Frauen: 3 oder mehr	
	Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
<b>AUDIT-C</b>	Wie oft trinken Sie Alkohol?	0 nie	1 etwa 1mal pro Monat	2 2-4mal pro Monat	3 2-3mal pro Woche	4 4mal oder öfter pro Woche
	<b>Ein Glas Alkohol entspricht:</b> 0,33   Bier, 0,25   Wein/Sekt 0,02   Spirituosen	1 oder 2	3 oder 4	5 oder 6	7 oder 8	9 oder mehr
		0 nie	1 seltener als 1mal pro Monat	2 1mal pro Monat	3 1mal pro Woche	4 täglich oder fast täglich

kardiovaskuläre Erkrankung

metabolisches Syndrom

psychische Erkrankung