

**Allgemeine Angaben (:**

<b>Datum der Herstellung/Abgabe:</b>	
<b>Name des Tierarztes/der Praxis</b>	
<b>interne Probennummer CVUA</b>	

**Spezielle Angaben** (von den jeweiligen Tierärzten auszufüllen):

1.) Welche/r Erreger wurde/n in dem Untersuchungsmaterial nachgewiesen und für die Herstellung der Autovakzine verwendet (ggf. mehrere ankreuzen)?

2.) Für wie viele Tiere wurde die Autovakzine angefordert?

<b>Erreger:</b>		
<i>Acinetobacter lwoffii</i>	<input type="checkbox"/>	101
<i>Actinomyces spp.</i>	<input type="checkbox"/>	102
<i>Aspergillus fumigatus</i>	<input type="checkbox"/>	103
<i>Bacillus cereus</i>	<input type="checkbox"/>	104
<i>Bacillus spp.</i>	<input type="checkbox"/>	105
<i>Citrobacter spp.</i>	<input type="checkbox"/>	106
<i>Chryseomonas spp.</i>	<input type="checkbox"/>	107
<i>Corynebacterium spp.</i>	<input type="checkbox"/>	108
<i>E. coli</i>	<input type="checkbox"/>	109
<i>Enterobacter spp.</i>	<input type="checkbox"/>	110
<i>Enterococcus spp.</i>	<input type="checkbox"/>	111
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<input type="checkbox"/>	112
<i>Klebsiella spp.</i>	<input type="checkbox"/>	113
<i>Microsporium spp.</i>	<input type="checkbox"/>	114
<i>Mucor spp.</i>	<input type="checkbox"/>	115
<i>Pasteurella multocida</i>	<input type="checkbox"/>	116
<i>Pasteurella spp.</i>	<input type="checkbox"/>	117
<i>Proteus vulgaris</i>	<input type="checkbox"/>	118
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<input type="checkbox"/>	119
<i>Pseudomonas cepacia</i>	<input type="checkbox"/>	120
<i>Pseudomonas fluorescens</i>	<input type="checkbox"/>	121
<i>Pseudomonas luteola</i>	<input type="checkbox"/>	122
<i>Pseudomonas spp.</i>	<input type="checkbox"/>	123
<i>Serratia spp.</i>	<input type="checkbox"/>	124
<i>Staphylococcus aureus</i>	<input type="checkbox"/>	125
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	<input type="checkbox"/>	126
<i>Staphylococcus spp.</i>	<input type="checkbox"/>	127
<i>Streptococcus equi</i>	<input type="checkbox"/>	128
<i>Streptococcus spp.</i>	<input type="checkbox"/>	129
<i>Xanthomonas spp.</i>	<input type="checkbox"/>	130
andere:	<input type="checkbox"/>	197
andere:	<input type="checkbox"/>	198
andere:	<input type="checkbox"/>	199

<b>Anzahl der Tiere für die eine Autovakzine angefordert wurde</b>		
1	<input type="checkbox"/>	201
2	<input type="checkbox"/>	202
3	<input type="checkbox"/>	203
4	<input type="checkbox"/>	204
5	<input type="checkbox"/>	205
6	<input type="checkbox"/>	206
7	<input type="checkbox"/>	207
8	<input type="checkbox"/>	208
10	<input type="checkbox"/>	210
11-15	<input type="checkbox"/>	215
16-20	<input type="checkbox"/>	220
21-30	<input type="checkbox"/>	230
31-50	<input type="checkbox"/>	250
51-100	<input type="checkbox"/>	260
101-199	<input type="checkbox"/>	270
200-299	<input type="checkbox"/>	280
300 oder mehr	<input type="checkbox"/>	299

**Die Rücksendung der Antworten bis zum 15.04.2002 wird erbeten!**

3.) Bitte kreuzen Sie die klinische Diagnose an, die zur Behandlung des Tieres und nachfolgend zur Anforderung einer Autovakzine führte:

Klinische Diagnose		
Bronchopneumonie	<input type="checkbox"/>	301
Rhinitis	<input type="checkbox"/>	302
Conjunctivitis	<input type="checkbox"/>	303
Mauke	<input type="checkbox"/>	304
Rhinotracheitis	<input type="checkbox"/>	305
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	306
Nephritis	<input type="checkbox"/>	307
Keratitis	<input type="checkbox"/>	308
Keratoconjunctivitis	<input type="checkbox"/>	309
Lidverletzung	<input type="checkbox"/>	310
Metritis	<input type="checkbox"/>	311
Dermatitis	<input type="checkbox"/>	312
Dermatomykose	<input type="checkbox"/>	313
Laryngitis	<input type="checkbox"/>	314
Mastitis	<input type="checkbox"/>	315
Tracheitis	<input type="checkbox"/>	316
Druse	<input type="checkbox"/>	317
Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	398
nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	399

4.) Welcher nachfolgende Ausdruck beschreibt die Art bzw. das Auftreten der Infektion oder den Krankheitsverlauf am besten?

Krankheitsverlauf:		
akut	<input type="checkbox"/>	401
subklinisch	<input type="checkbox"/>	410
chronisch	<input type="checkbox"/>	402
chronisch-rezidivierend	<input type="checkbox"/>	403
rezidivierend	<input type="checkbox"/>	404
symptomlos aber Keimnachweis	<input type="checkbox"/>	499
Autovakzine zur Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	498

5.) Seit wann bestand die Erkrankung? (Maßgeblich ist der Zeitraum bis zu dem Tag, an dem die Autovakzine angefordert wurde).

Dauer der Erkrankung		
weniger als 1 Woche	<input type="checkbox"/>	501
8 Tage bis 2 Wochen	<input type="checkbox"/>	502
15 Tage bis 3 Wochen	<input type="checkbox"/>	503
22 Tage bis 4 Wochen	<input type="checkbox"/>	504
29 Tage bis <8 Wochen	<input type="checkbox"/>	508
>8 Wochen bis <12 Wochen	<input type="checkbox"/>	512
>12 Wochen bis <16 Wochen	<input type="checkbox"/>	516
>16 Wochen: ____ Wochen	<input type="checkbox"/>	599
Autovakzine zur Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	598

6.) Wurden vor Durchführung der Autovakzine andere Behandlungsmethoden angewandt?

nein	<input type="checkbox"/>	600	<b>weiter zu Frage 7</b>
ja	<input type="checkbox"/>	601	Bitte nachfolgend ankreuzen:

homöopathische Mittel	<input type="checkbox"/>	621
pflanzliche Mittel	<input type="checkbox"/>	622
Spülungen oder ähnliches	<input type="checkbox"/>	623
antibiotische Monotherapie	<input type="checkbox"/>	624
antibiotische Zweifachtherapie	<input type="checkbox"/>	625
andere (siehe 6a.)	<input type="checkbox"/>	699

6a.) Wenn „andere“ angekreuzt wurde, geben Sie bitte nachfolgend die Behandlungsmethode an:

6b.) Bitte geben Sie hier an, welche Arzneimittel (bezüglich der in Frage 6. angekreuzten Behandlungsmethode) in welcher Dosierung angewendet wurden

**B B B**

7.) Wie hat sich die in **Frage 6.)** angekreuzte Behandlungsmethode auf den Zustand der Erkrankung ausgewirkt?

<b>klinische Situation nach Behandlung</b>		
keine Veränderung	<input type="checkbox"/>	700
leichte Verbesserung (vorübergehend)	<input type="checkbox"/>	710
leichte Verbesserung (bleibend)	<input type="checkbox"/>	711
deutliche Verbesserung	<input type="checkbox"/>	712
Gesundung (jedoch Rezidiv)	<input type="checkbox"/>	751
leichte Verschlechterung (vorübergehend)	<input type="checkbox"/>	720
leichte Verschlechterung (bleibend)	<input type="checkbox"/>	721
keine Beurteilung	<input type="checkbox"/>	799

Frage 7 und 8 bitte **nicht** beantworten, wenn die Autovakzine im Rahmen einer Bestand-spezifischen (=Impfstoff für mehr als 5 Tiere einer Gruppe/eines Bestandes) Immunisierung zur **reinen Prophylaxe** eingesetzt wurde. Wenn die Autovakzine zwar Bestand-spezifisch eingesetzt wurde, ein Teil der Tiere aber erkrankt waren, dann bitte Frage 7 und 8 beantworten.

8.) Wie hat sich die **Autovakzine** auf den Zustand der Erkrankung ausgewirkt?

<b>klinische Situation nach Autovakzinierung</b>		
keine Veränderung	<input type="checkbox"/>	800
leichte Verbesserung (vorübergehend)	<input type="checkbox"/>	810
leichte Verbesserung (bleibend)	<input type="checkbox"/>	811
deutliche Verbesserung	<input type="checkbox"/>	812
Gesundung (ohne Rezidiv)	<input type="checkbox"/>	850
Gesundung (jedoch Rezidiv)	<input type="checkbox"/>	851
leichte Verschlechterung (vorübergehend)	<input type="checkbox"/>	820
leichte Verschlechterung (bleibend)	<input type="checkbox"/>	821
keine Beurteilung	<input type="checkbox"/>	899

9.) Welche Nebenwirkungen traten nach Applikation der Autovakzine auf (Bitte nachfolgend alle beobachteten Nebenwirkungen ankreuzen, unabhängig davon ob sie nur nach einer oder nach allen Einzeldosen der Autovakzine beobachtet wurden)?

<b>Art der beobachteten Nebenwirkung:</b>		
Schwellungen	<input type="checkbox"/>	901
Mattigkeit/Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	902
lokale Entzündungen	<input type="checkbox"/>	903
kurzzeitige Verschlechterung der Krankheitssymptomatik (wegen der geimpft wurde)	<input type="checkbox"/>	904
verstärkte Unruhe	<input type="checkbox"/>	905
Muskelzittern	<input type="checkbox"/>	906
Veränderungen im Fell (Haarausfall etc.)	<input type="checkbox"/>	907
Veränderungen im Fraßverhalten	<input type="checkbox"/>	908
verstärktes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	909
Schockreaktionen	<input type="checkbox"/>	999
à bei Bestand-spezifischen Vakzinen: betrafen die geschilderten Nebenwirkungen den gesamten Bestand?	ja	951
	nein	952

Praxisstempel oder Name/Anschrift des Tierarztes

**Herzlichen Dank für Ihre Zeit und Mühe, Ihr Dr.**