

# EUROPEAN REGISTRY OF SEVERE CUTANEOUS ADVERSE REACTIONS TO DRUGS AND COLLECTION OF BIOLOGICAL SAMPLES

*R e g i S C A R*

---

## Case Record Form

Interview no.

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

SJS/TEN

☐

This is a confidential document of high importance for health research. In case of loss, if someone finds it,  
please send it to the following address:

Dokumentationszentrum schwerer Hautreaktionen (dZh)  
Universitäts-Hautklinik  
Hauptstr. 7  
D-79104 Freiburg  
GERMANY

Tel. 0049(0)761-270-6723  
Fax 0049(0)761-270-6834

# EUROPEAN REGISTRY OF SEVERE CUTANEOUS ADVERSE REACTIONS TO DRUGS AND COLLECTION OF BIOLOGICAL SAMPLES

*R e g i S C A R*

---

Interview no.

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

## PATIENT'S DATA

Initials of the patient

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

date of birth

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Age

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

country of birth

---

Gender

☐

male

☐

female

Death before interview

☐

no

☐

yes

Participation  
agreed to by the patient

☐

registry

☐

cohort study

☐

genetic study

Interview no.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

## HOSPITAL DATA

Reporting hospital / department

hospital no.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

date of admission

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Treating hospital / department

hospital no.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

date of admission

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Date of notification

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

date of interview

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Transfer from one or more hospitals to the reporting / treating hospital:

☐

no

☐

yes

☐

unknown

If yes, first hospital:

hospital no.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

date of admission

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Retrospective assessment

☐

no

☐

yes

Development of skin reaction

☐

prior to admission

☐

during inhospital stay

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

## DIAGNOSES AND CLINICAL COURSE

### Admission diagnoses

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Date

Clinical symptoms

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

\_\_\_\_\_

**Fever**

no

|  |
|--|
|  |
|--|

yes

|  |
|--|
|  |
|--|

unknown

|  |
|--|
|  |
|--|

If yes,

date of onset

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

date of normalization\*

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

highest temperature (°C)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

\* if cured before admission

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

## FOR CASES OF SJS / TEN ONLY

### SKIN SYMPTOMS

|                     | no                       | yes                      | unknown                  | date of onset        | date of normalization* |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|
| Burning, pain       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| Pruritus            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| Erythema, exanthema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |

If yes,

- maculopapular / morbilliform ☐
- urticarial ☐
- large diffuse erythema (without spots) ☐
- other: \_\_\_\_\_ ☐  
(please specify)

|                | no                       | yes                      | unknown                  | date of onset        |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Target lesions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

If yes,

- |                                  |                          |                      |                          |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| - typical targets                | <input type="checkbox"/> | <u>distribution:</u> |                          |
| - atypical targets raised        | <input type="checkbox"/> | mainly limbs         | <input type="checkbox"/> |
| - atypical targets flat          | <input type="checkbox"/> | widespread           | <input type="checkbox"/> |
| - spots                          | <input type="checkbox"/> | other:               | <input type="checkbox"/> |
| - type of target lesions unknown | <input type="checkbox"/> | _____                |                          |
|                                  |                          | (please specify)     |                          |

|                         | no                       | yes                      | unknown                  | date of onset        |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Blisters / erosions     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Nikolski's sign         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Epidermal sheets > 5 cm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Localization of first blister / erosion: \_\_\_\_\_

|  |                      | date of maximum      |
|--|----------------------|----------------------|
| Maximum of erythema<br>(percentage related to the BSA)   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Maximum of detachment<br>(percentage related to the BSA) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

\* if cured before admission

Interview no.

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

## FOR CASES OF SJS / TEN ONLY

### MUCOSAL SYMPTOMS

|                                       | no                       | yes                      | unknown                  |                      |                        |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|
| <b>Eyes</b>                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |                        |
| <b>If yes,</b>                        |                          |                          |                          | date of onset        | date of normalization* |
| - stinging, burning                   |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - redness                             |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - severe conjunctivitis / blepharitis |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - diagnosis by an ophthalmologist     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | date of diagnosis    | <input type="text"/>   |

If yes, please specify: \_\_\_\_\_

|                                | no                       | yes                      | unknown                  |                      |                        |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|
| <b>Lips</b>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |                        |
| <b>If yes,</b>                 |                          |                          |                          | date of onset        | date of normalization* |
| - burning, pain                |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - swelling, edema              |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - erosions, hemorrhagic crusts |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |

|                                | no                       | yes                      | unknown                  |                      |                        |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|
| <b>Oral mucosa</b>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |                        |
| <b>If yes,</b>                 |                          |                          |                          | date of onset        | date of normalization* |
| - burning, pain                |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - redness, spots               |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - erosions, hemorrhagic crusts |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |

\* if cured before admission

Interview no.

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

**FOR CASES OF SJS / TEN ONLY**

**Genital mucosa**

| no                       | yes                      | unknown                  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**If yes,**

|                                |                          | date of onset        | date of normalization* |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|
| - burning, pain                | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - redness, spots               | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - erosions, hemorrhagic crusts | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |

**Erosions of other mucosa**

| no                       | yes                      | unknown                  | date of onset        | date of normalization* |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |

**If yes, please specify:** \_\_\_\_\_

\*if cured before admission

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

## FOR ALL CASES

### FURTHER INFORMATION FOR CASE VALIDATION

|                              | no                       | yes                      | unknown                  | date of first occurrence  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| Photographs                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |
|                              |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |
| Biopsy                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |
|                              |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |
| Diagnosis by a dermatologist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |
|                              |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |

If yes, please specify: \_\_\_\_\_

#### Further photographs:

| Date  | Notes |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

### SCORTEN-PARAMETERS (within 3 days after admission)

|                                     | no                       | yes                      | not done                 |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Urea > 10 mmol/l                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, highest value: _____ mmol/l |                          |                          |                          |
| - Glycemia > 14 mmol/l              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, highest value: _____ mmol/l |                          |                          |                          |
| - Bicarbonate < 20 mmol/l           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, lowest value: _____ mmol/l  |                          |                          |                          |
| - Heart rate > 120 /min             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Interview no.

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

**SYMPTOMS / EVENTS WITHIN 1 MONTH BEFORE THE RECENT SKIN REACTION**

|  |                          |                          |                          |   |   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|
|  | no                       | yes                      | unknown                  | date of onset   | date of normalization*  |
| <b>Herpes labialis<br/>or fever blisters</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

**Do you have recurrent herpes labialis or fever blisters?**

|                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| no                       | yes                      | unknown                  | date of last eruption   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

|                         |                          |                          |                          |   |   |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|
|                         | no                       | yes                      | unknown                  | date of onset   | date of normalization*  |
| <b>Herpes genitalis</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

**Do you have recurrent genital herpes?**

|                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| no                       | yes                      | unknown                  | date of last eruption   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

\*if cured before admission

Interview no.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## SYMPTOMS / EVENTS WITHIN 1 MONTH BEFORE THE RECENT SKIN REACTION

|                   |                          |                          |                          |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                   | no                       | yes                      | unknown                  |
| <b>Infections</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes,

|                                      |                          | date of onset        | date of normalization* |
|--------------------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|
| - influenza / influenza-like illness | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - rhinopharyngitis / common cold     | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - tonsillitis                        | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - sinusitis                          | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - acute otitis                       | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - acute bronchitis                   | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - pneumonia                          | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - acute gastroenteritis              | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| - acute cystitis                     | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| * bacterial infection proven         | <input type="checkbox"/> |                      |                        |
| * prior cystitis                     | <input type="checkbox"/> |                      |                        |
| - other infections                   | <input type="checkbox"/> |                      |                        |

|                        | date of onset        | date of normalization* |
|------------------------|----------------------|------------------------|
| _____ (please specify) | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| _____ (please specify) | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |

## HIV-status

|            |                          |                          |                          |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|            | no                       | yes                      | unknown                  |
| <b>HIV</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|             |                          |                          |                          |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>AIDS</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

If yes,  
most recent CD4 count per µl:

\*if cured before admission

Interview no.

**HAVE YOU IN THE PAST HAD ANY OF THE FOLLOWING DISEASES?**

|  | no                       | yes                      | unknown                  | year of event        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| - Atopic dermatitis / childhood eczema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| - Psoriasis                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| - SCAR                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

If yes, please specify: \_\_\_\_\_

|                                | no                       | yes                      | unknown                  |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Severe liver disorders?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes,

\_\_\_\_\_  
(please specify)

|                                 | no                       | yes                      | unknown                  |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Severe kidney disorders?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes,

\_\_\_\_\_  
(please specify)

|   | no                       | yes                      | unknown                  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Rheumatic / autoimmune diseases?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes,

|                                |                          |                      |                      |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| - rheumatoid arthritis         | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| - systemic lupus erythematosus | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| - other:                       | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

If yes,

\_\_\_\_\_  
(please specify)

Interview no.

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

### Other diseases

|                                  | no                       | yes                      | unknown                  | year of event                             |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| - Diabetes mellitus              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| - Convulsive disorder / epilepsy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| - Allergic rhinitis              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| - Asthma                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| - Inflammatory bowel disease     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| * Colitis ulcerosa               |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| * Crohn's disease                |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| - Malignant diseases / cancer    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

If yes, please specify: \_\_\_\_\_

If yes, please specify: \_\_\_\_\_

### Radiotherapy

|   | no                       | yes                      | unknown                  | date of most recent therapy   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Have you ever had x-ray or radiotherapy? (not UV-radiation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

If yes, for what indication?

- lymphoma ☐ \_\_\_\_\_  
(please specify)

- brain tumor ☐ \_\_\_\_\_  
(please specify)

- other reason: ☐  
\_\_\_\_\_  
(please specify)

medication sheet no. \_\_\_\_ of \_\_\_\_








# MEDICATION HISTORY WITHIN 1 MONTH BEFORE HOSPITALIZATION

date of admission







no drug use

☐

| Drug       | Dose | Type of application                               | Begin of intake<br>day month year   | End of intake<br>day month year   | Frequency                |
|------------|------|---|---|---|--------------------------|
| Indication |      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
|            |      |   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
|            |      |   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

previous intake

no ☐ yes ☐ unknown ☐

If yes, any adverse reaction

no ☐ yes ☐ unknown ☐

If yes, please specify:

\_\_\_\_\_

| Drug       | Dose | Type of application                               | Begin of intake<br>day month year   | End of intake<br>day month year   | Frequency                |
|------------|------|---|---|---|--------------------------|
| Indication |      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
|            |      |   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
|            |      |   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

previous intake

no ☐ yes ☐ unknown ☐

If yes, any adverse reaction

no ☐ yes ☐ unknown ☐

If yes, please specify:

\_\_\_\_\_

| Drug       | Dose | Type of application                               | Begin of intake<br>day month year   | End of intake<br>day month year   | Frequency                |
|------------|------|---|---|---|--------------------------|
| Indication |      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
|            |      |   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
|            |      |   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

previous intake

no ☐ yes ☐ unknown ☐

If yes, any adverse reaction

no ☐ yes ☐ unknown ☐

If yes, please specify:

\_\_\_\_\_

medication sheet no. \_\_\_\_ of \_\_\_\_








# MEDICATION HISTORY WITHIN 1 MONTH BEFORE HOSPITALIZATION

date of admission







no drug use

☐

| Drug       | Dose | Type of application                               | Begin of intake<br>day month year   | End of intake<br>day month year   | Frequency                |
|------------|------|---|---|---|--------------------------|
| Indication |      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
|            |      |   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
|            |      |   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

previous intake

|                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| no                       | yes                      | unknown                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes, any adverse reaction

|                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| no                       | yes                      | unknown                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes, please specify:

\_\_\_\_\_

| Drug       | Dose | Type of application                               | Begin of intake<br>day month year   | End of intake<br>day month year   | Frequency                |
|------------|------|---|---|---|--------------------------|
| Indication |      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
|            |      |   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
|            |      |   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

previous intake

|                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| no                       | yes                      | unknown                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes, any adverse reaction

|                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| no                       | yes                      | unknown                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes, please specify:

\_\_\_\_\_

| Drug       | Dose | Type of application                               | Begin of intake<br>day month year   | End of intake<br>day month year   | Frequency                |
|------------|------|---|---|---|--------------------------|
| Indication |      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
|            |      |   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
|            |      |   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

previous intake

|                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| no                       | yes                      | unknown                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes, any adverse reaction

|                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| no                       | yes                      | unknown                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes, please specify:

\_\_\_\_\_

medication sheet no. \_\_\_\_ of \_\_\_\_








# MEDICATION HISTORY WITHIN 1 MONTH BEFORE HOSPITALIZATION

date of admission







no drug use

☐

| Drug       | Dose | Type of application  | Begin of intake<br>day month year | End of intake<br>day month year | Frequency                |
|------------|------|----------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| _____      |      | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Indication |      |                      | <input type="text"/>              | <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> |
| _____      |      |                      | <input type="text"/>              | <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> |

previous intake

no ☐ yes ☐ unknown ☐

If yes, any adverse reaction

no ☐ yes ☐ unknown ☐

If yes, please specify:

\_\_\_\_\_

| Drug       | Dose | Type of application  | Begin of intake<br>day month year | End of intake<br>day month year | Frequency                |
|------------|------|----------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| _____      |      | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Indication |      |                      | <input type="text"/>              | <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> |
| _____      |      |                      | <input type="text"/>              | <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> |

previous intake

no ☐ yes ☐ unknown ☐

If yes, any adverse reaction

no ☐ yes ☐ unknown ☐

If yes, please specify:

\_\_\_\_\_

| Drug       | Dose | Type of application  | Begin of intake<br>day month year | End of intake<br>day month year | Frequency                |
|------------|------|----------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| _____      |      | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Indication |      |                      | <input type="text"/>              | <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> |
| _____      |      |                      | <input type="text"/>              | <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> |

previous intake

no ☐ yes ☐ unknown ☐

If yes, any adverse reaction

no ☐ yes ☐ unknown ☐

If yes, please specify:

\_\_\_\_\_

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**Have you ever had an adverse reaction to drugs?**

no

☐

yes

☐

unknown

☐

If yes,

Drug: \_\_\_\_\_

Type of reaction: \_\_\_\_\_

Drug: \_\_\_\_\_

Type of reaction: \_\_\_\_\_

Drug: \_\_\_\_\_

Type of reaction: \_\_\_\_\_

Drug: \_\_\_\_\_

Type of reaction: \_\_\_\_\_

Drug: \_\_\_\_\_

Type of reaction: \_\_\_\_\_



## DISCHARGE SHEET

Interview no.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

hospital no.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

### Discharge diagnoses

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

### Results of the present admission

1. Death

☐

date of death

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

2. Discharge

☐

date of discharge

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

**Mycoplasma infection** within  
two months before admission

no

☐

yes

☐

unknown

☐

date of diagnosis

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

If yes, criteria:

☐ serology

☐ isolation

☐ x-ray

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

## MAIN SOURCE OF INFORMATION

### 1) Clinical pattern of the reaction

|  | no                       | yes                      | unknown                  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| * Were the skin lesions seen by the investigator in acute stage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If not, please provide the source  
(e.g., family physician, dermatologist, nurse, family member)

---

### 2) Medication history

\* just patient ☐

\* just other source ☐

If yes, please specify:

---

\* both ☐

If yes, please specify:

---

### UNIT OF TREATMENT

1. Burn unit ☐

2. Dept. of dermatology ☐

3. Intensive care unit ☐

4. Pediatric department ☐

5. Internal medicine ☐

6. Other: ☐

---

(please specify)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

## ADDITIONAL REMARKS

Please use the fields below to note important additional information.

Please stick to the predefined topics and avoid redundancy:

### For cases and controls:

Here you can specify additional information regarding ethnic origin:

---

### Only for cases:

Here you can specify if patient died after discharge before the follow-up or blood sampling.

Please specify date of death correspondingly:

---

---

---

Here you can specify any other reason why follow-up investigations/blood sampling could not be done:

---

---

---

Further relevant remarks (if agreed upon by Data Center):

---

---

---

Interview no.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## THERAPY 1

### TREATING HOSPITAL

hospital no.

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

date of admission

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

1. Burn unit ☐
2. Dept. of dermatology ☐
3. Intensive care unit ☐
4. Pediatric department ☐
5. Internal medicine ☐
6. Other: ☐

(please specify)

### SYSTEMIC THERAPY

#### 1) Corticosteroids

no

☐

yes

☐

unknown

☐

If yes,  
please enter:

starting date

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

stopping date

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

Day 1 Brand name: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ Application: p.o. ☐ i.v. ☐

Day 2 Brand name: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ Application: p.o. ☐ i.v. ☐

Day 3 Brand name: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ Application: p.o. ☐ i.v. ☐

Day 4 Brand name: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ Application: p.o. ☐ i.v. ☐

Interview no.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## THERAPY 2

### 2) IVIG

no                      yes                      unknown  
☐                      ☐                      ☐

If yes,  
please enter dates:

starting date                      stopping date  

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Day 1      Brand name: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_

Day 2      Brand name: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_

Day 3      Brand name: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_

Day 4      Brand name: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_

### 3) Other systemic treatments

no                      yes                      unknown  
☐                      ☐                      ☐

If yes,  
please enter:

starting date                      stopping date  

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Brand name: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ Application:      p.o. ☐      i.v. ☐

Comment: \_\_\_\_\_

If yes,  
please enter:

starting date                      stopping date  

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Brand name: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ Application:      p.o. ☐      i.v. ☐

Comment: \_\_\_\_\_

Interview no.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

### THERAPY 3

#### 4) Antibiotics

| no                       | yes                      | unknown                  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes,

- Therapeutic use

☐

starting date

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Prophylactic use

☐

starting date

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Unknown indication

☐

starting date

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

### TRANSFER TO OTHER HOSPITAL OR DEPARTMENT FOR TREATMENT OF SCAR

| no                       | yes                      |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If yes, please complete the sheet for the second treating hospital.