

## CIRS - Cumulative Illness Rating Scale

(Skala zur kumulierten Bewertung von Erkrankungen)

Patientenname /  
Fallidentifikationsnummer (FID) /  
Barcode:

Erhebungsdatum:

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Bitte bewerten Sie auf der Grundlage der Untersuchung des Patienten und der vorliegenden Unterlagen jedes der 14 Organsysteme dahingehend, ob und wie stark es durch Schädigung, Funktionsstörungen und Aktivitätsbeeinträchtigungen betroffen ist.

Orientieren Sie sich an der Beschreibung der Ratingkriterien **0 bis 4** und gehen Sie intuitiv vor. Weitere Hinweise für die Bewertung finden Sie im Manual.

### Beschreibung der Bewertung

0. **keine Schädigung / Erkrankung** des Organs / Systems

1. **mild:** die Schädigung / Erkrankung beeinträchtigt die normale Aktivität nicht; eine Behandlung ist notwendig oder nicht; die Prognose ist sehr gut.

2. **mässig:** die Schädigung / Erkrankung beeinträchtigt die normale Aktivität; eine Behandlung ist notwendig; die Prognose ist gut.

3. **schwer:** die Schädigung / Erkrankung führt zu Funktionsstörungen; eine Behandlung ist dringend notwendig; die Prognose ist therapieabhängig.

4. **sehr schwer:** die Schädigung / Erkrankung ist lebensbedrohlich; eine Behandlung ist dringend notwendig oder aussichtslos; die Prognose ist ernst.

## Organsysteme

## Bewertungsskala

	Keine Schädigung	Mild	Mässig	Schwer	Sehr schwer
1. Herz.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Bluthochdruck und Gefässe .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Blutbildendes und lymphatisches System....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Lunge und Atemwege (unterhalb des Kehlkopfs) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Augen und HNO (Augen, Ohren, Nase, Pharynx, Larynx) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Oberer Gastrointestinaltrakt (Ösophagus, Magen, Duodenum; <u>ohne</u> Pankreas) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Unterer Gastrointestinaltrakt (unterer Verdauungstrakt, Hernien) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Leber, Galle und Pankreas.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Nieren ( <u>ohne</u> ableitende Harnwege, Harnblase und Prostata) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Urogenitaltrakt (Ureteren, Harnblase, Urethra, Prostata, Genitalorgane, Uterus, Ovarien) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Bewegungsapparat und Haut .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Nervensystem (Hirn, Rückenmark, Nerven; <u>ohne</u> Demenz und Depressionen) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Endokriniem, Stoffwechselstörungen und Brustdrüse ( <u>inklusive</u> verschiedener Infektionskrankheiten und Vergiftungen) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Psychische Störungen ( <u>inklusive</u> . Demenz und Depressionen) .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4