

Name: _____ Geburtsdatum: _____ aktuelles Datum: _____

Symptomerfassung bei Patienten bei einer chronischen GvHD

(bitte kreuzen Sie das zutreffende jeweils an)

Symptome	nicht vorhanden schlechter geht es nicht																
Bitte beurteilen Sie den Schweregrad der folgenden Symptome, die Sie in den letzten 7 Tagen hatten. Bitte kreuzen Sie für jedes Symptom den Schweregrad an von 0 (kein Symptom vorhanden) bis 10 (schwerste Beschwerden)																	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
Juckreiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Mundtrockenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Schmerzen im Mund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Empfindlichkeit d. Mundschleimhaut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Augen	Welche Beschwerden haben Sie im Bezug auf Ihre Augen																
	Bitte beurteilen Sie den Schweregrad der Beschwerden auf einer Skala von 0-10 (wobei 0 bedeutet, keine Augenbeschwerden und 10 bedeutet, dass Sie die Augenbeschwerden als sehr schlimm empfinden)							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Genitalsystem (nur bei Frauen)	Haben Sie Brennen, Schmerzen oder andere Beschwerden im Bereich der Scheide oder Schamlippen? ODER Haben Sie Beschwerden oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe									

Allgemeineinschätzung des Patienten:

1. Wie würden Sie Ihre Graft versus Host-Krankheit einschätzen?

- 1 = leicht
 2 = mäßig
 3 = schwer

Name: _____ Geburtsdatum: _____ aktuelles Datum: _____

2. Bitte beurteilen Sie den Schweregrad Ihrer GvHD auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 bedeutet, dass Ihre Symptome nicht schwerwiegend und 10 bedeutet, dass Ihre cGvHD-Symptome sehr schwerwiegend sind.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
cGvHD-Symptome schwerwiegende
nicht schwerwiegend cGvHD-Symptome

3. Vergleichen Sie Ihre jetzige Situation mit der vor ca. einem Monat. Würden Sie dann sagen, Ihre cGvHD-Symptome sind:

+3 = sehr viel besser

+2 = mäßig besser

+1 = ein klein wenig besser

0 = gleich

-1 = ein klein wenig schlechter

-2 = mäßig schlechter

-3 = sehr viel schlechter

Name: _____ Geburtsdatum: _____ aktuelles Datum: _____