

PATIENTEN TAGEBUCH



PATIENTEN TAGEBUCH

Liebe Patientin,
lieber Patient,

UCB-Pharma möchte Sie mit diesem Tagebuch unterstützen Ihren
Erkrankungsverlauf, sowie Ihre Therapiefortschritte regelmässig zu
dokumentieren.

Die detaillierte Aufzeichnung der Daten soll Ihnen helfen, sich optimal auf
Ihr Arzt-Patientengespräch vorzubereiten, indem Sie Ihrem behandelnden
Arzt stets einen Überblick über Ihren Krankheitsverlauf geben können.

Wir hoffen, dass Ihnen dieses Tagebuch in Ihrer täglichen Krankheits-
bewältigung eine kleine Hilfestellung bieten kann.

Mit den besten Wünschen für Sie,

Ihr Team von UCB-Pharma AG

für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen
(Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)

Name:

Vorname:

Adresse:

.....

Telefon:

Geboren am:

Grösse:

Behandelnder Hausarzt:

Behandelnder
Internist/Gastroenterologe:

Diagnose:

.....

.....

Erstdiagnose:

Erstkoloskopie am:

DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

Endoskopie/Stuhluntersuchung

Bei regelmässiger Dokumentation können
Sie diese Seiten als Kopiervorlage verwenden.

Bitte markieren
Lokalisation der Entzündung ↗↗↗
Stenosen)—(
Resektionen XXXX

		Datum	Makroskopischer Befund	Histologischer Befund
1. Untersuchung	Koloskopie			
	Rektosigmoidoskopie			
	Gastroskopie			
	Stuhluntersuchung (bakteriologisch, parasitologisch)			
2. Untersuchung	Koloskopie			
	Rektosigmoidoskopie			
	Gastroskopie			
	Stuhluntersuchung (bakteriologisch, parasitologisch)			



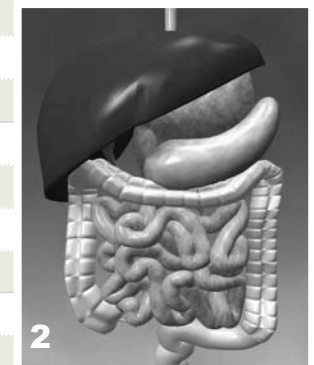
DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

Bei regelmässiger Dokumentation können
Sie diese Seiten als Kopiervorlage verwenden.

Bitte markieren
Lokalisation der Entzündung ↗↗↗
Stenosen)—(
Resektionen XXXX

Bildgebende Verfahren

	Abdominaler Status	Datum	Befund
1. Untersuchung	Computertomogramm Bauch (Schichtströntgen) oder Ultraschall Bauch		
	Dünndarmbildgebung (Magnetresonanz (MRI) oder Doppelkontrast)		
	Bildgebung Becken resp. Mastdarm (Magnetresonanzbild (MRI) oder Endosonographie)		
2. Untersuchung	Computertomogramm Bauch (Schichtströntgen) oder Ultraschall Bauch		
	Dünndarmbildgebung (Magnetresonanz (MRI) oder Doppelkontrast)		
	Bildgebung Becken resp. Mastdarm (Magnetresonanzbild (MRI) oder Endosonographie)		



PATIENTEN TAGEBUCH

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

* Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Bauchschmerzen mit einer Zahl zwischen 0 und 10 an.
0 = kein Schmerz und 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen.

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

PATIENTEN TAGEBUCH

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

* Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Bauchschmerzen mit einer Zahl zwischen 0 und 10 an.
0 = kein Schmerz und 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen.

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

PATIENTEN TAGEBUCH

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

* Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Bauchschmerzen mit einer Zahl zwischen 0 und 10 an.
0 = kein Schmerz und 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen.

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

PATIENTEN TAGEBUCH

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

* Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Bauchschmerzen mit einer Zahl zwischen 0 und 10 an.
0 = kein Schmerz und 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen.

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

PATIENTEN TAGEBUCH

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

* Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Bauchschmerzen mit einer Zahl zwischen 0 und 10 an.
0 = kein Schmerz und 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen.

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

PATIENTEN TAGEBUCH

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

* Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Bauchschmerzen mit einer Zahl zwischen 0 und 10 an.
0 = kein Schmerz und 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen.

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

PATIENTEN TAGEBUCH

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

* Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Bauchschmerzen mit einer Zahl zwischen 0 und 10 an.
0 = kein Schmerz und 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen.

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

PATIENTEN TAGEBUCH

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

* Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Bauchschmerzen mit einer Zahl zwischen 0 und 10 an.
0 = kein Schmerz und 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen.

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

PATIENTEN TAGEBUCH

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

* Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Bauchschmerzen mit einer Zahl zwischen 0 und 10 an.
0 = kein Schmerz und 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen.

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

PATIENTEN TAGEBUCH

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

* Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Bauchschmerzen mit einer Zahl zwischen 0 und 10 an.
0 = kein Schmerz und 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen.

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

PATIENTEN TAGEBUCH

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

* Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Bauchschmerzen mit einer Zahl zwischen 0 und 10 an.
0 = kein Schmerz und 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen.

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

PATIENTEN TAGEBUCH

Datum vom: _____ bis: _____

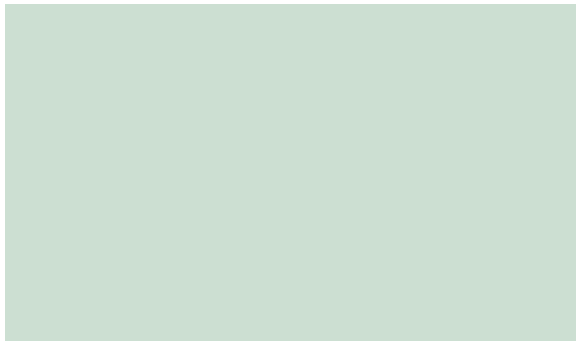
Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									

* Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Bauchschmerzen mit einer Zahl zwischen 0 und 10 an.
0 = kein Schmerz und 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen.

Datum vom: _____ bis: _____

Datum	Wochentag	Körpergewicht (kg)	Zahl der dünnen Stühle pro Tag	Medikament gegen Durchfall ja/nein	Blut im Stuhl ja/nein	Stärke der Bauchschmerzen pro Tag *	Schmerzmittelgebrauch ja/nein	Fieber	Beteiligung anderer Organe (ZNS/Augen/HNO/Haut/Gelenke...)
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									

Stempel des behandelnden Arztes:



UCB-Pharma AG
Chemin de Croix Blanche 10
1630 Bulle

© 2007 UCB-Pharma AG, Bulle. Alle Rechte vorbehalten.

