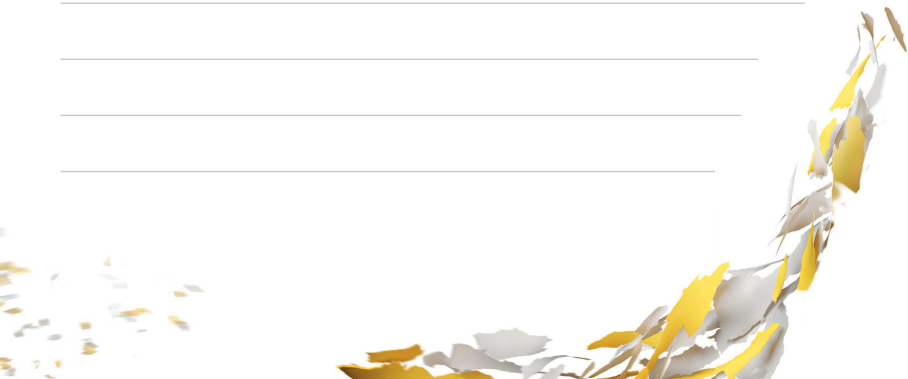


The background of the cover features a dynamic, abstract composition of numerous thin, irregular shreds of paper or fabric. These shreds are primarily white and light gray, with many edges and surfaces tinted with a vibrant orange color. They appear to be caught in a breeze, creating a sense of movement and depth. On the left side, there is a solid, bright orange vertical band that runs from the top to the bottom of the page, partially overlapping the shredded material.

MEIN
URTIKARIA
TAGEBUCH



Name

Telefon

Meine Medikamente (Dauermedikation, Dosierung)

1.

2.

3.

4.

5.

Allergien

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

Sie haben im Rahmen der Behandlung Ihrer Nesselkrankheit (Urtikaria) dieses Tagebuch erhalten. Mit dem Führen dieses Tagebuches erheben Sie den Urtikaria-Aktivitätsscore. Er bietet Ihnen die Möglichkeit – im Gegensatz zu der Momentaufnahme beim Arztbesuch – Ihrem behandelnden Arzt über längere Zeit darzustellen, was Sie Tag für Tag und Nacht für Nacht erleben.

Bei einer Urtikaria kommt es zu plötzlich juckenden Quaddeln der Haut oder einzelnen Hautpartien, die mit einem starken Juckreiz einhergehen. Es treten teilweise gleichzeitig oder auch allein tiefe Schwellungen der Haut, sogenannte Angioödeme, auf. Diese sind sehr unangenehm und teilweise schmerzhaft. Die Unvorhersehbarkeit der Urtikariaschübe und die Schlafstörungen beeinträchtigen die Lebensqualität zusätzlich.

Dieses Patiententagebuch ist so aufgebaut, dass Sie Ihre Belastung durch auftretende Quaddeln und den Juckreiz täglich bewerten (zwischen 0 und 3) und somit detailliert dokumentieren können. Den sogenannten wöchentlichen Urtikaria-Aktivitätsscore (UAS7) erhalten Sie, indem Sie am Ende einer Woche die Belastung durch das Addieren aller gemachten Bewertungen (max. 42)

ermitteln. Die tägliche Bewertung (UAS) sollte immer zur gleichen Tageszeit ausgefüllt werden. Rückblickend werden immer die letzten 24 Stunden betrachtet. Informationen zu Angioödemem können Sie in einer zusätzlichen Spalte eintragen.

Auf den folgenden Seiten finden Sie zuerst eine Anleitung, wie das Tagebuch ausgefüllt werden muss, um Ihnen und Ihrem Arzt den maximalen Nutzen zu liefern. Danach können Sie direkt mit dem Führen des Tagebuchs beginnen!

Bitte vergessen Sie nicht: Je gewissenhafter Sie Ihr Tagebuch führen, desto einfacher wird es Ihnen möglich sein, die aufgetretenen Beschwerden Ihrem Arzt in kürzester Zeit darzustellen.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg beim Ausfüllen!



ANLEITUNG

URTIKARIA-AKTIVITÄTSSCORE

Bitte betrachten Sie beim Ausfüllen des Tagebuchs immer den vergangenen Tag insgesamt und nicht alleine die Situation, die gerade besteht, während Sie das Tagebuch ausfüllen.

Markieren Sie die Zahl im entsprechenden Kästchen des jeweiligen Tages. Bitte tragen Sie dann die Summe der Zahlen für den Quaddelwert und den Juckreizwert in die dritte Spalte ein. Am Ende der Woche können Sie dann einen Gesamtwert in der dritten Spalte eintragen.

In der 4. Spalte können Sie angeben, ob Sie in den letzten 24 Stunden Angioödeme entwickelt haben. In der 5. Spalte können Sie die Einnahme Ihres Antihistaminikums protokollieren.

In die 6. Spalte tragen Sie bitte stichpunktartig Aktivitäten/mögliche Auslöser/Sonstiges ein, von dem Sie glauben, dass es in einem ursächlichen Zusammenhang mit Ihren Beschwerden stehen könnte. Hier ist auch Platz für den Vermerk, an welcher Körperstelle ein Angioödem aufgetreten ist.

- Bewerten Sie zuerst Ihre Beschwerden **der letzten 24 Stunden** bezüglich der Quaddeln und des Juckreizes mit einer Zahl:

QUADDEL-WERT	JUCKREIZ-WERT
0 = keine Quaddeln	0 = kein Juckreiz
1 = weniger als 20 Quaddeln	1 = leicht (vorhanden, doch nicht störend)
2 = zwischen 20 und 50 Quaddeln	2 = mittel (störend, aber keine wesentliche Beeinflussung der täglichen Aktivitäten oder des Schlafs)
3 = mehr als 50 Quaddeln	3 = stark (schwerer Juckreiz, der die täglichen Aktivitäten oder den Schlaf wesentlich beeinflusst)

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

	ja	morgens	mittags	abends	nachts	
	☐	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	☐	

Bitte angeben: z.B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*[illegible]

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*[illegible]

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------

	VON	BIS	WOCHE
--	-----	-----	-------

	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME
Tag	keine	< 20	20-50	> 50	kein	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert

MO	0	1	2	3	0	1	2	3	
DI	0	1	2	3	0	1	2	3	
MI	0	1	2	3	0	1	2	3	
DO	0	1	2	3	0	1	2	3	
FR	0	1	2	3	0	1	2	3	
SA	0	1	2	3	0	1	2	3	
SO	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7	
--------------------	--

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO-
ÖDEME ANTIHISTAMINIKUM*

ja		morgens	mittags	abends	nachts
----	--	---------	---------	--------	--------



Haben Sie medizinische Fragen zu Ihrer Erkrankung oder Novartis-Produkten, z. B.

- Einnahme
- Wirkung
- Mögliche Nebenwirkungen
- Kombinationen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten?

Dann kontaktieren Sie uns, das medizinisch-wissenschaftliche Team des Novartis-Infoservice, gerne unter

Telefon: 0911-273 12 100*

Fax: 0911-272 12 160

E-Mail: infoservice.novartis@novartis.com

Internet: www.infoservice.novartis.de

*(Mo.–Fr. von 08:00 bis 18:00 Uhr)

TIPP: Weitere Informationen zu Urtikaria finden Sie unter:

www.hautwende.de
www.nesselsuchtinfo.de
www.nesselsucht-nervt.de
und www.urতিকaria.net

Novartis Pharma GmbH | Roonstr. 25 | 90429 Nürnberg | www.novartis.de

1073167 07/2018

