

# LUPUS-CHECKLISTE

Für Patienten mit systemischem Lupus erythematoses (SLE; Lupus) ist es wichtig, alle Symptome der Erkrankung mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt zu besprechen – diese Checkliste soll dabei unterstützen.

SYMPTOME	Das Symptom ist seit meinem letzten Arzttermin aufgetreten	Ich habe das Symptom seit ----- Stunde(n)/Tag(en)/Woche(n)	Das Symptom ist zum ersten Mal aufgetreten
<b>Beispiel: Müdigkeit/Fatigue</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>3 Wochen</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Symptome</b>			
Müdigkeit/Fatigue <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Fieber <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme oder -abnahme <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Muskeln und Gelenke<sup>2</sup></b>			
Gelenkschmerzen <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Gelenksteifigkeit <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Haut und Haar<sup>2</sup></b>			
Hautveränderungen/-ausschlag <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Wunden an/in Mund oder Nase <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Sonnenlicht-Empfindlichkeit <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Haarausfall <sup>1,3</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Augen<sup>2</sup></b>			
Trockene Augen <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Gerötete Augen <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Lunge<sup>2</sup></b>			
Schmerzen in der Brust bei tiefem Einatmen <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Herz<sup>2</sup></b>			
Schmerzen im Brustkorb <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Schneller und/oder unregelmäßiger Herzschlag <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Blut<sup>2</sup></b>			
Blutungsneigung und/oder blaue Flecken <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Infektionen <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Gehirn und Psyche<sup>2</sup></b>			
Kopfschmerzen und/oder Schwindelgefühl <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisverlust und/oder Verwirrung <sup>1,3</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Einseitige Schwäche/Taubheitsgefühl <sup>1,3</sup> (z. B. ein Arm schwächer oder taub)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
(Epileptische) Krampfanfälle <sup>1,3</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Nieren<sup>2</sup></b>			
Geschwollene Beine und/oder Füße <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Schäumender oder blutiger Urin <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Andere Symptome</b>			
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

