

LUPUS-CHECKLISTE

Für Patient*innen mit systemischem Lupus erythematodes (SLE; Lupus) ist es wichtig, alle Symptome der Erkrankung mit der Ärztin / dem 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
<i>Beispiel: Müdigkeit/Fatigue</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	3 Wochen	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Symptome			
Müdigkeit/Fatigue ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Fieber ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme oder -abnahme ²	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit ²	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Muskeln und Gelenke²			
Gelenkschmerzen ²	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Gelenksteifigkeit ²	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche ³	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Haut und Haar²			
Hautveränderungen/-ausschlag ³	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Wunden/Aphten an/in Mund oder Nase ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Wunden im Genitalbereich ⁵	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Sonnenlicht-Empfindlichkeit ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Haarausfall – lokal oder diffus ^{1,3}	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Augen²			
Trockene Augen ²	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Gerötete Augen ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen ³	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Herz und Lunge²			
Schmerzen im Brustkorb ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden in Ruhe oder unter Belastung ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Schneller und/oder unregelmäßiger Herzschlag ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Hoher/niedriger Blutdruck ⁵	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Blut²			
Blutungsneigung und/oder blaue Flecken ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Infektionen ⁴	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Gehirn und Psyche²			
Kopfschmerzen ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisverlust und/oder Verwirrung ^{1,3}	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit ¹	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Einseitige Schwäche/Taubheitsgefühl ^{1,3} (z. B. ein Arm schwächer oder taub)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
(Epileptische) Krampfanfälle ^{1,3}	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Nieren²			
Geschwollene Beine, Füße ¹ und/oder Augen ⁵	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Schäumender oder rötlicher Urin (blutig) ³	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Andere Symptome²			
z. B. Bauchschmerzen ⁵	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

