

Erfassung der Lebensqualität bei intensiver Schmerztherapie

Erhebungsbogen

Aufkleber

Initiale: _____ Datum: _____

Geschlecht: W M geb.: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Welchen schulischen oder beruflichen Abschluß hat der Patient?

Übt der Patient noch seinen Beruf aus? JA Nein

Lebt der Patient alleine? JA Nein

Ist der Patient verheiratet geschieden verwitwet weder noch ?

Ist der Patient Raucher? JA Nein

Wenn Ja, wie viele Zigaretten raucht der Patient am Tag: _____

Seit wieviel Jahren? _____

Wieviele Ärzte wurden bezüglich der Schmerzsymptomatik bisher konsultiert?

Wendet der Patient nicht medikamentöse Verfahren an? JA Nein

Kognitive Psychologische Mechanische Entlastungen Akupunktur

Massagen/Bäder Bestrahlung Chiropraktik Krankengymnastik

Ist der Patient zu Ort, Person und Zeit orientiert? JA Nein

Welche schmerztherapeutisch relevante Grunderkrankung liegt vor?

Nicht Tumorerkrankung: _____

_____ ED: _____

Tumorerkrankung: _____ ED: _____

Histologie: _____

TNM: T: ___ N: ___ M: ___ G: ___ Metastasen: JA Nein

Wenn ja, wo? _____

Erfassung der Lebensqualität bei intensiver Schmerztherapie

Erhebungsbogen

Aufkleber

Initiale: _____

Datum: ____ ____ ____

Welche Schmerzen liegen vor?

Chronische Schmerzen: JA Nein Seit wann: _____

Akute Schmerzen: JA Nein Seit wann: _____

Tumorschmerzen: JA Nein

Anderer Schmerz: _____

Welche Schmerzqualität liegt vor?

Nozizeptorschmerz:

Somatischer Schmerz: Knochen Muskel Haut Bindegewebe

Visceraler Schmerz: Peritoneum Hohlorgan Niere Leber Milz

Lokalisation: _____

Neuropathischer Schmerz:

Peripher: Polyneuropathie Nervenkompression Phantomschmerz Neuralgie Nerveninfiltration

Lokalisation: _____

Zentral: Thalamusschmerz Anderes

Lokalisation: _____

Gemischt: Plexusinfiltration Herpetische Neuralgie

Lokalisation: _____

Therapieinduzierter Schmerz:

Postchirurgische Syndrome Phantomschmerz Bestrahlung Zytostatika

Art/ Lokalisation: _____

Hat dem Patienten die bisherige Schmerztherapie geholfen? JA Nein

Äußert der Patient Vorbehalte gegenüber einer Opioidtherapie? JA Nein

Welche? _____

Patientenbögen ausgefüllt: JA Nein

Blutabnahme für Genotypisierung: JA Nein

Erfassung der Lebensqualität bei intensiver Schmerztherapie

Erstuntersuchung

Aufkleber

Initiale:

Datum: ____ ____ ____

Wie fühlten Sie sich in der vergangenen Woche?

Beschreiben Sie bitte eventuell bestehende Schmerzen, indem Sie auf den Skalen zwischen "Keine Schmerzen" und "Extrem starke Schmerzen" an passender Stelle ein Kreuz machen.

Wie empfanden Sie tagsüber die Schmerzen in Ruhe während der letzten Woche ?



Keine Schmerzen

Extrem starke Schmerzen

Wie empfanden Sie die Schmerzen bei Belastung wie Gehen, Laufen oder leichter Tätigkeit während der letzten Woche?



Keine Schmerzen

Extrem starke Schmerzen

Wurde Ihr Schlaf durch Schmerzen in der letzten Woche gestört?



Nicht gestört

Extrem gestört

Wieviel Ihrer täglichen Energie wird durch den Schmerz oder mit Gedanken an ihn gebunden?



Überhaupt keine

Extrem viel

Hat Ihnen die bisherige Schmerztherapie geholfen?



Extrem viel

Überhaupt nicht

Erfassung der Lebensqualität bei intensiver Schmerztherapie

Erstuntersuchung

Aufkleber

Initiale: _____

Datum: ____ ____ ____

Beschreiben Sie bitte Ihr Befinden, indem Sie auf den Skalen zwischen den beiden Extremen an passender Stelle ein Kreuz machen.

Fühlten Sie sich in der letzten Woche tagsüber sehr müde?

Nicht müde

Extrem müde

War Ihnen in der letzten Woche schwindelig?

JA

Nein

Und wenn Ja, wie oft: _____ x mal

Täglich

In der Woche

Ständig

Verspürten Sie während der letzten Woche Übelkeit?

JA

Nein

Und wenn Ja, wie stark?

Keine Übelkeit

Unerträgliche Übelkeit

Haben Sie innerhalb der letzten Woche erbrochen?

JA

Nein

Und wenn Ja, wie oft: _____

Hatten Sie innerhalb der letzten Woche das Gefühl verstopft zu sein?

JA

Nein

Wie oft hatten Sie in der letzten Woche Stuhlgang?: _____

Hatten Sie dabei das Gefühl völlig entleert zu sein?

JA

Nein

Hatten Sie innerhalb der letzten Woche Probleme beim Wasserlassen?

JA

Nein

Und wenn Ja, welche?: _____

Hatten Sie dabei das Gefühl völlig entleert zu sein?

JA

Nein

Hatten Sie im Verlauf der letzten Woche das Gefühl, etwas durcheinander oder verwirrt zu sein?

JA

Nein

Wenn Ja, wie oft: _____, beschreiben Sie es bitte: _____

Falls Sie andere Beschwerden verspürten, beschreiben Sie diese bitte hier:

Erfassung der Lebensqualität bei intensiver Schmerztherapie

Folgeuntersuchung

Aufkleber

Initiale:

Datum: _____

Wie fühlten Sie sich in der vergangenen Woche?

Beschreiben Sie bitte eventuell bestehende Schmerzen, indem Sie auf den Skalen zwischen "Keine Schmerzen" und "Extrem starke Schmerzen" an passender Stelle ein Kreuz machen.

Wie empfanden Sie tagsüber die Schmerzen in Ruhe während der letzten Woche ?

Keine Schmerzen

Extrem starke Schmerzen

Wie empfanden Sie die Schmerzen bei Belastung wie Gehen, Laufen oder leichter Tätigkeit während der letzten Woche?

Keine Schmerzen

Extrem starke Schmerzen

Wurde Ihr Schlaf durch Schmerzen in der letzten Woche gestört?

Nicht gestört

Extrem gestört

Wieviel Ihrer täglichen Energie wird durch den Schmerz oder mit Gedanken an ihn gebunden?

Überhaupt keine

Extrem viel

Hat Ihnen die jetzige Schmerztherapie geholfen?

Extrem viel

Überhaupt nicht

Erfassung der Lebensqualität bei intensiver Schmerztherapie

Folgeuntersuchung

Aufkleber

Initiale: _____

Datum: ____ ____ ____

Beschreiben Sie bitte Ihr Befinden, indem Sie auf den Skalen zwischen den beiden Extremen an passender Stelle ein Kreuz machen.

Fühlten Sie sich in der letzten Woche tagsüber sehr müde?

Nicht müde

Extrem müde

War Ihnen in der letzten Woche schwindelig?

JA

Nein

Und wenn Ja, wie oft: _____ x mal Täglich In der Woche Ständig

Verspürten Sie während der letzten Woche Übelkeit?

JA

Nein

Und wenn Ja, wie stark?

Keine Übelkeit

Unerträgliche Übelkeit

Haben Sie innerhalb der letzten Woche erbrochen?

JA

Nein

Und wenn Ja, wie oft: _____

Hatten Sie innerhalb der letzten Woche das Gefühl verstopft zu sein? JA Nein

Wie oft hatten Sie in der letzten Woche Stuhlgang?: _____

Hatten Sie dabei das Gefühl völlig entleert zu sein?

JA

Nein

Hatten Sie innerhalb der letzten Woche Probleme beim Wasserlassen? JA Nein

Und wenn Ja, welche?: _____

Hatten Sie dabei das Gefühl völlig entleert zu sein?

JA

Nein

Hatten Sie im Verlauf der letzten Woche das Gefühl, etwas durcheinander oder verwirrt zu sein?

JA

Nein

Wenn Ja, wie oft: _____, beschreiben Sie es bitte: _____

Falls Sie andere Beschwerden verspürten, beschreiben Sie diese bitte hier:

Erfassung der Lebensqualität bei intensiver Schmerztherapie

Medikationsbogen-Erstuntersuchung

Aufkleber

Initiale: _____

Datum: ____ ____ ____

Seit wann besteht die Erstmedikation?: _____

Zentrale Analgetika	Dosis (mg)						Applik. Beginn	
	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Entsprechende Morphinäquivalente: _____

Periphere Analgetika	Dosis (mg)						Applik. Beginn	
	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Schmerztherapie entspricht nach WHO Stufe: I II III

Weitere Medikamente	Dosis (mg)						Applik. Beginn	
	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Erfassung der Lebensqualität bei intensiver Schmerztherapie

Medikationsbogen-Folgeuntersuchung

Aufkleber

Initiale: _____ Datum: _____

Ist in der vergangenen Woche ein schmerztherapeutisch relevanter Eingriff erfolgt? JA Nein

Zentrale Analgetika	Dosis (mg)						Applik. Beginn	
	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Entsprechende Morphinäquivalente: _____ :

Morphiumtagesdosis: _____ Differenz zu vorher: _____

Periphere Analgetika	Dosis (mg)						Applik. Beginn	
	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Schmerztherapie entspricht nach WHO Stufe: I II III

Weitere Medikamente	Dosis (mg)						Applik. Beginn	
	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____