

Mein **URTIKARIA** **TAGEBUCH**



NESSEL
SUCHT info

www.nesselsuchtinfor.de



NESSSEL SUCHT info

www.nesselsuchtinfo.de

Urtikaria (Nesselsucht) ist eine ernstzunehmende chronische Erkrankung.

Das Gute ist: Sie ist behandelbar!
Ziel ist die vollständige Symptommfreiheit.

Patient*innendaten

Vorname/Nachname

Telefon

Medikamente

Dauermedikation

Dosierung

Dauermedikation

Dosierung

Dauermedikation

Dosierung

Allergien

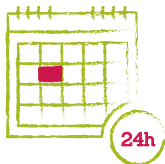
Sehr geehrte*r Patient*in,

du hast im Rahmen der Behandlung deiner Nesselkrankheit (Urtikaria) dieses Tagebuch erhalten.

Mit dem Führen dieses Tagebuches erhebst du den Urtikaria-Aktivitätsscore. Er bietet dir die Möglichkeit – im Gegensatz zu der Momentaufnahme beim Arztbesuch – deinem*deiner Ärzt*in über längere Zeit darzustellen, **was du Tag für Tag und Nacht für Nacht erlebst.**

Bei einer Urtikaria kommt es zu plötzlichen Quaddeln auf der Haut oder einzelnen Hautpartien, die mit einem starken Jucken 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 Tagebuch ist so aufgebaut, dass du deine Belastung durch auftretende Quaddeln und das Jucken täglich bewerten (zwischen 0 und 3) und somit detailliert dokumentieren kannst.



Die **tägliche Bewertung (UAS)** sollte immer zur gleichen Tageszeit stattfinden. Rückblickend werden immer die letzten 24 Stunden betrachtet. Informationen zu Angioödemen kannst du in einer zusätzlichen Spalte eintragen.



Den sogenannten **wöchentlichen Urtikaria-Aktivitätsscore (UAS7)** erhältst du, indem du am Ende einer Woche die Belastung durch das Addieren aller gemachten Bewertungen (max. 42) ermittelst.

Auf den folgenden Seiten findest du zuerst eine Anleitung, wie das Tagebuch ausgefüllt werden muss, um dir und deinem*deiner Ärzt*in den maximalen Nutzen zu liefern. Danach kannst du direkt mit dem Führen des Tagebuchs beginnen!

Bitte nicht vergessen!

Je gewissenhafter du dein Tagebuch führst, desto einfacher wird es dir möglich sein, die aufgetretenen Beschwerden deinem*deiner Ärzt*in in kürzester Zeit darzustellen.

Wir wünschen dir viel Erfolg beim Ausfüllen!

Anleitung

Urtikaria-Aktivitätsscore



Bitte betrachte beim Ausfüllen des Tagebuchs immer den vergangenen Tag insgesamt und nicht alleine die Situation, die gerade besteht, während du das Tagebuch ausfüllst.

Markiere die Zahl im entsprechenden Kästchen des jeweiligen Tages. Bitte trage dann die Summe der Zahlen für den **Quaddel-Wert** und den **Juckreiz-Wert** in die **3. Spalte** ein. Am Ende der Woche kannst du dann einen **Gesamtwert** in der **3. Spalte** eintragen.

- **In der 4. Spalte ...**
... kannst du angeben, ob du in den letzten 24 Stunden Angioödeme entwickelt hast.
- **In der 5. Spalte ...**
... kannst du die Einnahme deines Antihistaminikums protokollieren.
- **In die 6. Spalte ...**
... trägst du bitte stichpunktartig Aktivitäten / mögliche Auslöser / Sonstiges ein, von dem du glaubst, dass es in einem ursächlichen Zusammenhang mit deinen Beschwerden stehen könnte. Hier ist auch Platz für den Vermerk, an welcher Körperstelle ein Angioödem aufgetreten ist.



Bewerte zuerst deine Beschwerden **der letzten 24 Stunden** bezüglich der Quaddeln und des Juckens mit einer Zahl:

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

0 = keine Quaddeln

0 = kein Jucken

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 (schweres Jucken, das die täglichen Aktivitäten oder den Schlaf wesentlich beeinflusst)

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|-----|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|-----|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Woche

von _____

bis _____

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag | Quaddel-Wert | | | | Juckreiz-Wert | | | | Quaddel- und Juckreiz- Wert |
|---------------------------|--------------|------|---------|------|---------------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | |
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**Angio-
ödeme**

Antihistaminikum *

Sonstiges

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?

Kontakt

Hast du medizinische Fragen zu deiner Erkrankung oder Novartis-Produkten, z. B.

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

Dann kontaktiere uns, das medizinisch-wissenschaftliche Team des Novartis InfoService, gerne unter

Telefon: 0911- 273 12 100 *

Fax: 0911- 272 12 160

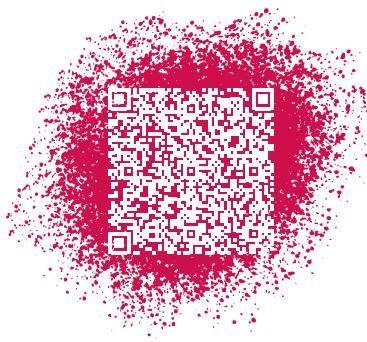
E-Mail: infoservice.novartis@novartis.com

Internet: www.infoservice.novartis.de

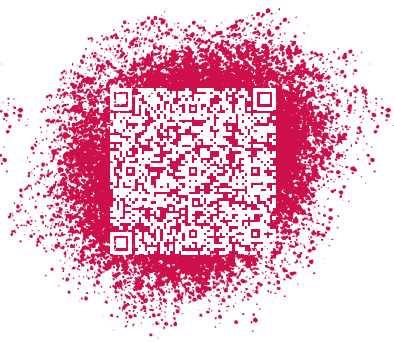
*(Mo. - Fr. von 08:00 - 18:00 Uhr)

Tipp

Weitere Informationen
zu Urtikaria findest du unter



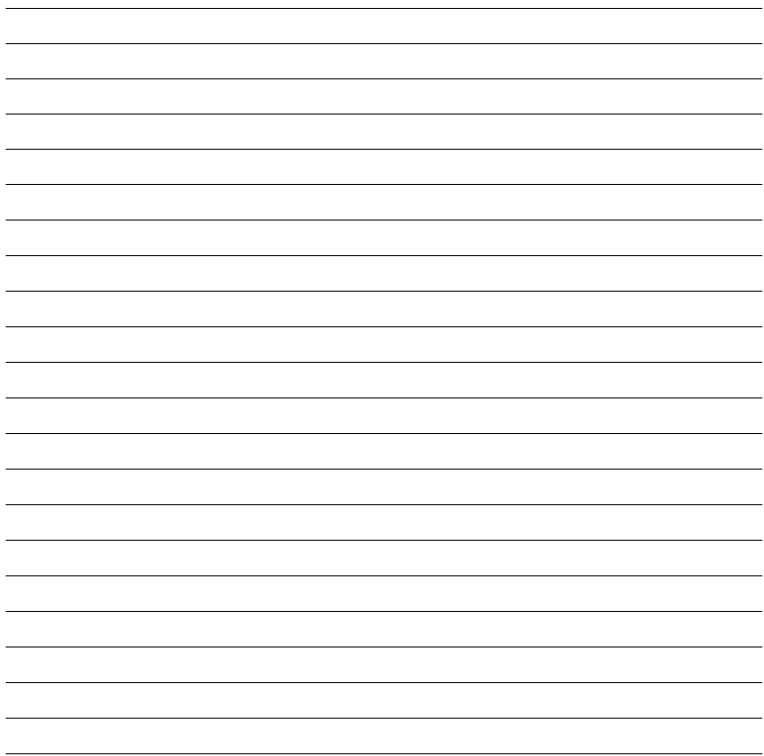
www.nesselsuchtinfo.de



www.urtikaria.net



Eigene Notizen





 **NOVARTIS**

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

07/2023