



CML
SYMPTOM
TAGEBUCH



CML SYMPTOM TAGEBUCH



Die chronische myeloische Leukämie (CML) ist eine Krebsart, die die blutbildenden Zellen im Knochenmark betrifft. Durch die Erkrankung selbst und auch durch die Therapie können Sie körperliche und emotionale Einschränkungen erleben. Wenn Sie regelmäßig aufschreiben, wie Sie sich körperlich und seelisch fühlen, erhalten Sie im Verlauf der Zeit einen Überblick und können erkennen, welche Beschwerden besonders häufig oder belastend sind.

Warum ist die Beobachtung meiner Symptome wichtig?

Auch vermeintlich geringe Beschwerden können Ihre Lebensqualität auf Dauer beeinträchtigen. Regelmäßiges Tagebuchführen kann wiederkehrende Muster sichtbar machen, die Sie selbst vielleicht nicht bemerken würden. Durch Ihre Notizen können Sie besser mit ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt sprechen. Ihre Informationen über Ihr Befinden helfen Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt, ein möglichst gutes Gesamtbild zu erhalten. Dadurch können Ärztinnen und Ärzte den Verlauf der Therapie besser überwachen und mit Ihnen gemeinsam über Maßnahmen nachdenken, wo diese notwendig sind oder Ihnen das Leben erleichtern können.

Wie oft sollte ich mir Notizen zu meinem Befinden machen?

Um Ihnen und Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt zu helfen, Muster in Ihrem Gesundheitszustand zu erkennen, ist es wichtig, Ihre Beobachtungen so oft wie möglich zu erfassen, z. B. einmal täglich. Nutzen Sie die nächsten Seiten für Ihre Einträge.



Die Beobachtung meiner Symptome ist für mich und meiner Ärztin bzw. meinen Arzt von entscheidender Bedeutung für das Management meiner Krankheit und der CML-Behandlung. «



Das CML-Symptom-Tagebuch

herunterladen und drucken unter
www.hemaportal.at
oder QR Code scannen.





So können Sie Ihre Beobachtungen festhalten

Schreiben Sie so oft wie möglich auf, wie Sie sich fühlen. Tragen Sie jeweils das Datum ein, schreiben Sie die körperlichen oder emotionalen Ereignisse auf, die Sie erleben und bewerten Sie diese.

Ihre Beobachtungen besprechen Sie dann beim nächsten Termin mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt.

Beispiele für körperliche Ereignisse

Nutzen Sie diese Liste als Anregung für körperliche Ereignisse, die Sie erleben.

- **Geringe Energie/ Konzentrationsunfähigkeit**, einschließlich Schwäche, Schläfrigkeit, extreme Müdigkeit/Fatigue, Unwohlsein (Unbehagen und fehlendes Wohlbefinden)
- **Probleme mit Schmerzen** in Körper, Knochen, Bauch, Muskeln (Krämpfe) oder Kopf (Kopfschmerzen)
- **Probleme mit Augen, Haaren oder Haut**, einschließlich Schwellungen (Ödeme), Haarausfall, Hautausschlag, Schwitzen oder Blutergüsse/leichtes Bluten
- **Probleme beim Essen und dem Gang zur Toilette (Verdauung und Ausscheidung)**, einschließlich Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, Übelkeit, trockener Mund, Erbrechen, Durchfall, häufiges Wasserlassen
- **Probleme beim Atmen**, einschließlich Kurzatmigkeit
- **Probleme, die Sie messen können**, einschließlich Gewichtsverlust oder Fieber
- **Probleme bei der Medikamenteneinnahme**, z. B. Schwierigkeiten beim Schlucken der Tablette, Unsicherheit, wann die Einnahme erfolgen soll

Hier einige Beispiele:

Bewertung meines Erlebnisses

Datum	Was habe ich heute erlebt?	Intensität			Beeinträchtigung meiner Lebensqualität		
		Niedrig	Mittel	Hoch	Gering	Mittel	Stark
03.05.22	Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
04.05.22	sehr müde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>



Beispiele für Emotionen

Nutzen Sie diese Liste als Anregung für Gefühle, die Sie erleben.

- besorgt
- ängstlich
- gestresst
- traurig
- aufgewühlt
- frustriert
- wütend
- gelassen
- zuversichtlich
- glücklich
- zufrieden
- beruhigt
- freudig



Bewertung meines Erlebnisses

Datum	Wie fühle ich mich heute?	Intensität	Beeinträchtigung meiner Lebensqualität (bei negativen Gefühlen)	Was könnte der Auslöser für das Gefühl gewesen sein bzw. was könnte dazu beigetragen haben (positives bzw. negatives Gefühl)?
03.05.22	gestresst	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	Niedrig Mittel Stark <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Warten auf PCR-Ergebnis
04.05.22	zuversichtlich	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Die Ärztin hatte eine gute Idee wegen der Nebenwirkungen.
05.05.22	frustriert	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Ich war so müde und hatte viel zu tun.

Beobachtung meiner körperlichen Gesundheit

Schreiben Sie Ihre Beobachtungen so oft wie möglich auf. Tragen Sie das Datum ein, schreiben Sie die körperlichen Ereignisse auf, die Sie erleben, und wählen Sie die Zahlen aus, die Ihr Erlebnis am besten bewerten (Intensität und Beeinträchtigung der Lebensqualität).

Datum	Was habe ich heute erlebt?



Bewertung meines Erlebnisses

	Intensität	Beeinträchtigung meiner Lebensqualität
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6

Beobachtung meiner körperlichen Gesundheit

Schreiben Sie Ihre Beobachtungen so oft wie möglich auf. Tragen Sie das Datum ein, schreiben Sie die körperlichen Ereignisse auf, die Sie erleben, und wählen Sie die Zahlen aus, die Ihr Erlebnis am besten bewerten (Intensität und Beeinträchtigung der Lebensqualität).

Datum	Was habe ich heute erlebt?



Bewertung meines Erlebnisses

	Intensität	Beeinträchtigung meiner Lebensqualität
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6

CML

SYMPTOM TAGEBUCH

Beobachtung meiner körperlichen Gesundheit

Schreiben Sie Ihre Beobachtungen so oft wie möglich auf. Tragen Sie das Datum ein, schreiben Sie die körperlichen Ereignisse auf, die Sie erleben, und wählen Sie die Zahlen aus, die Ihr Erlebnis am besten bewerten (Intensität und Beeinträchtigung der Lebensqualität).

Datum	Was habe ich heute erlebt?

Übertragen Sie die Informationen in das Übersichtsblatt (Seite 18) und nehmen Sie dies zu Ihrem nächsten Arzttermin mit.



Bewertung meines Erlebnisses

	Intensität	Beeinträchtigung meiner Lebensqualität
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
	Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6	Gering Mittel Stark <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6

Beobachtung meiner emotionalen Gesundheit

Schreiben Sie so oft wie möglich auf, welche unangenehmen und angenehmen Gefühle Sie erleben. Tragen Sie das Datum ein, schreiben Sie die Gefühle auf, die Sie empfinden, und wählen Sie die Zahl, die die Auswirkungen auf Ihre Lebensqualität am besten beschreibt.

Datum	Wie fühle ich mich heute?	Intensität
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6

Übertragen Sie die Informationen in das Übersichtsblatt (Seite 19) und nehmen Sie dies zu Ihrem nächsten Termin mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt mit.



Bewertung meines Erlebnisses

**Beeinträchtigung
meiner Lebensqualität**
(bei negativen Gefühlen)

**Was könnte der Auslöser für das Gefühl gewesen
sein bzw. was könnte dazu beigetragen haben**
(positives bzw. negatives Gefühl)?

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Beobachtung meiner emotionalen Gesundheit

Schreiben Sie so oft wie möglich auf, welche unangenehmen und angenehmen Gefühle Sie erleben. Tragen Sie das Datum ein, schreiben Sie die Gefühle auf, die Sie empfinden, und wählen Sie die Zahl, die die Auswirkungen auf Ihre Lebensqualität am besten beschreibt.

Datum	Wie fühle ich mich heute?	Intensität
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6

Übertragen Sie die Informationen in das Übersichtsblatt (Seite 19) und nehmen Sie dies zu Ihrem nächsten Termin mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt mit.



Bewertung meines Erlebnisses

**Beeinträchtigung
meiner Lebensqualität**
(bei negativen Gefühlen)

**Was könnte der Auslöser für das Gefühl gewesen
sein bzw. was könnte dazu beigetragen haben**
(positives bzw. negatives Gefühl)?

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Beobachtung meiner emotionalen Gesundheit

Schreiben Sie so oft wie möglich auf, welche unangenehmen und angenehmen Gefühle Sie erleben. Tragen Sie das Datum ein, schreiben Sie die Gefühle auf, die Sie empfinden, und wählen Sie die Zahl, die die Auswirkungen auf Ihre Lebensqualität am besten beschreibt.

Datum	Wie fühle ich mich heute?	Intensität
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6
		Niedrig Mittel Hoch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 6

Übertragen Sie die Informationen in das Übersichtsblatt (Seite 19) und nehmen Sie dies zu Ihrem nächsten Termin mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt mit.



Bewertung meines Erlebnisses

**Beeinträchtigung
meiner Lebensqualität**
(bei negativen Gefühlen)

**Was könnte der Auslöser für das Gefühl gewesen
sein bzw. was könnte dazu beigetragen haben**
(positives bzw. negatives Gefühl)?

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Gering Mittel Stark

1 2 3 4 5 6

Übersichtsblatt für das Gespräch mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt

So verwenden Sie dieses Übersichtsblatt:

1. Sehen Sie sich vor einem Termin mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt Ihre Notizen seit dem letzten Termin an.
2. Übertragen Sie in die Übersicht auf den Seiten 18 und 19 jene Ereignisse, Situationen und Umstände die Sie positiv bzw. negativ beeinflusst haben.
3. An wie vielen Tagen hatten Sie die gleiche oder eine ähnliche Erfahrung bzw. Gefühl? Notieren Sie die Gesamtzahl der Tage an denen Sie dies erlebt hatten seit dem letzten Termin.
4. Besprechen Sie mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt anhand dieser Zusammenfassung, wie sich die CML und die Behandlung auf Sie auswirkt.



Bringen Ihr Symptom-Tagebuch zu Ihrem nächsten Termin mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt mit.

Das CML-Symptom-Tagebuch

herunterladen und drucken unter
www.hemaportal.at
oder QR Code scannen.





**GUT ZU
WISSEN!**

hemaportal.at

Blut & Bluterkrankungen



 **NOVARTIS**

