



HÄMODIALYSE  
SAG, WENN'S  
JUCKT

Juckreiz-Tagebuch von:

Name

.....

Hören Sie die Stimmen

von Betroffenen



#

CSL Vifor

## WAS IST CKD-ASSOZIIERTER JUCKREIZ?

### Viel mehr als „nur ein Juckreiz“

Viele Hämodialyse-Patient\*innen mit einer chronischen Nierenerkrankung („Chronic Kidney Disease“, CKD) leiden zusätzlich unter extremem Juckreiz, welcher am ganzen Körper auftreten kann. Der medizinische Fachausdruck dafür heißt „CKD-assoziiertes Pruritus“<sup>1</sup>. Juckreiz und unkontrolliertes Kratzen können einen starken Einfluss auf die Lebensqualität nehmen.

Der Juckreiz kann sowohl am Tag als auch in der Nacht das Leben mitbestimmen, und betroffene Patient\*innen berichten häufiger von psychischen Erkrankungen wie Depressionen<sup>2</sup>. Deshalb ist es wichtig, sich so früh wie möglich Hilfe zu holen.

Niemand sollte im Stillen unter dem Jucken durch Niereninsuffizienz leiden!

## WARUM GIBT ES DAS JUCKREIZ-TAGEBUCH?

### Sag, wenn's juckt

Betroffene Patient\*innen empfinden Juckreiz sehr unterschiedlich:

- Juckt es zu jeder Zeit oder nur tagsüber oder nachts?
- Juckt der ganze Körper oder nur der Arm?
- Gab es einen Auslöser (z. B. Stress, Sport) für den Juckreiz?
- Inwieweit beeinträchtigt das Jucken Ihre Lebensqualität?

Damit Sie selbst und Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihren Juckreiz besser einschätzen können, bieten wir Ihnen hier die Möglichkeit, Ihren Juckreiz täglich zu notieren. Dies erlaubt auch Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt, dementsprechend weiterführende Untersuchungen anzuordnen und eine geeignete Therapie für Sie zu entwickeln.

# WIE VERWENDE ICH DAS JUCKREIZ-TAGEBUCH?

## Viel mehr als „nur ein Juckreiz“

Das Juckreiz-Tagebuch erleichtert es Ihnen, 4 Wochen lang Ihre Symptome so genau wie möglich zu erfassen. So können Sie das Datum, die Stärke, die Art des Juckens und die Stelle Ihres Juckreizes einfach in den vorgegebenen Grafiken notieren. Über Vergleiche mit Modellpatient\*innen können Sie selbst das Ausmaß ihrer Einschränkung in mild, moderat oder schwer einordnen.

Zeigen Sie das Juckreiz-Tagebuch Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt. Sie sind mit diesem Problem nicht alleine und es gibt Hilfe. Sprechen Sie es an!

# WOCHE 1

# WOCHE 1

## WIE WAR IHR JUCKKREIZ IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN?

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

# WOCHE 1

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

# WOCHENÜBERSICHT | WIE BEEINFLUSST DER JUCKREIZ IHRE LEBENSQUALITÄT?

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Punkte an, wenn Sie an die vergangene Woche denken. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

## Wie fühlt sich Ihr Juckreiz an?

- |                                       |                                |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Oberflächlich   | <input type="radio"/> Brennend | <input type="radio"/> Elektrisch     |
| <input type="radio"/> wie Nadelstiche | <input type="radio"/> Stechend | <input type="radio"/> Unter der Haut |
| <input type="radio"/> Kribbelnd       | <input type="radio"/> Kalt     | <input type="radio"/> Beißend        |
| <input type="radio"/> Schmerzhaft     | <input type="radio"/> Warm     | <input type="radio"/> Sonstiges:     |

## Weitere Hauterscheinungen:

- |                                     |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Hautschuppung | <input type="radio"/> Rötung     |
| <input type="radio"/> Trockenheit   | <input type="radio"/> Blutung    |
| <input type="radio"/> Entzündung    | <input type="radio"/> Sonstiges: |

## Beeinträchtigt das Jucken z. B.

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Ihren Schlaf    | <input type="radio"/> Ihr Freizeitverhalten |
| <input type="radio"/> Ihr Berufsleben | <input type="radio"/> Ihre Stimmung         |
| <input type="radio"/> Ihr Sozialleben | <input type="radio"/> Sonstiges:            |

## Welche\*r der folgenden Patient\*innen ist Ihnen am ähnlichsten?

Einfluss des Pruritus auf die Lebensqualität –  
Self-assessed disease severity (SADS)<sup>6</sup>

### PATIENT A (MILD)

- Ich habe normalerweise keine Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe normalerweise keine Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich normalerweise nicht unruhig oder traurig

### PATIENT B (MODERAT)

- Ich habe manchmal Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe manchmal Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Der Juckreiz macht mich manchmal unruhig oder traurig

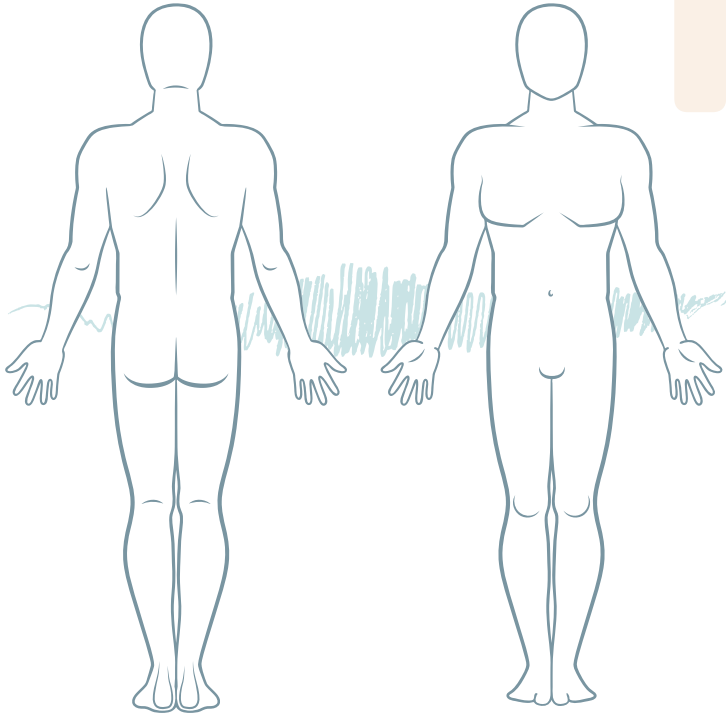
### PATIENT C (SCHWER)

- Ich habe oft Kratzspuren auf der Haut, die manchmal bluten oder sich entzünden
- Ich habe oft Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich oft unruhig oder traurig

# WO HAT ES ÜBERALL GEJUCKT?

1

Markieren Sie bitte die betroffenen Körperteile:



WOCHE 2

## WOCHE 2

# WIE WAR IHR JUCKREIZ IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN?

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

## WOCHE 2

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

# WOCHENÜBERSICHT | WIE BEEINFLUSST DER JUCKREIZ IHRE LEBENSQUALITÄT?

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Punkte an,  
wenn Sie an die vergangene Woche denken.  
Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

## Wie fühlt sich Ihr Juckreiz an?

- |                                       |                                |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Oberflächlich   | <input type="radio"/> Brennend | <input type="radio"/> Elektrisch     |
| <input type="radio"/> wie Nadelstiche | <input type="radio"/> Stechend | <input type="radio"/> Unter der Haut |
| <input type="radio"/> Kribbelnd       | <input type="radio"/> Kalt     | <input type="radio"/> Beißend        |
| <input type="radio"/> Schmerzhaft     | <input type="radio"/> Warm     | <input type="radio"/> Sonstiges:     |

## Weitere Hauterscheinungen:

- |                                     |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Hautschuppung | <input type="radio"/> Rötung     |
| <input type="radio"/> Trockenheit   | <input type="radio"/> Blutung    |
| <input type="radio"/> Entzündung    | <input type="radio"/> Sonstiges: |

## Beeinträchtigt das Jucken z. B.

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Ihren Schlaf    | <input type="radio"/> Ihr Freizeitverhalten |
| <input type="radio"/> Ihr Berufsleben | <input type="radio"/> Ihre Stimmung         |
| <input type="radio"/> Ihr Sozialleben | <input type="radio"/> Sonstiges:            |

## Welche\*r der folgenden Patient\*innen ist Ihnen am ähnlichsten?

Einfluss des Pruritus auf die Lebensqualität –  
Self-assessed disease severity (SADS)<sup>6</sup>

### PATIENT A (MILD)

- Ich habe normalerweise keine Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe normalerweise keine Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich normalerweise nicht unruhig oder traurig

### PATIENT B (MODERAT)

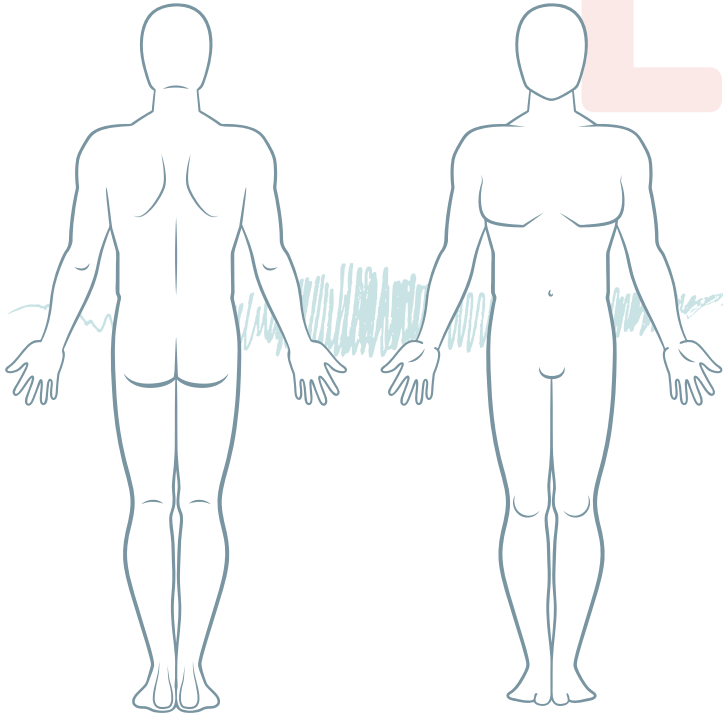
- Ich habe manchmal Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe manchmal Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Der Juckreiz macht mich manchmal unruhig oder traurig

### PATIENT C (SCHWER)

- Ich habe oft Kratzspuren auf der Haut, die manchmal bluten oder sich entzünden
- Ich habe oft Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich oft unruhig oder traurig

# WO HAT ES ÜBERALL GEJUCKT?

Markieren Sie bitte die betroffenen Körperteile:



WOCHE 3

# WIE WAR IHR JUCKREIZ IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN?

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

# WOCHENÜBERSICHT | WIE BEEINFLUSST DER JUCKREIZ IHRE LEBENSQUALITÄT?

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Punkte an, wenn Sie an die vergangene Woche denken. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

## Wie fühlt sich Ihr Juckreiz an?

- |                                       |                                |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Oberflächlich   | <input type="radio"/> Brennend | <input type="radio"/> Elektrisch     |
| <input type="radio"/> wie Nadelstiche | <input type="radio"/> Stechend | <input type="radio"/> Unter der Haut |
| <input type="radio"/> Kribbelnd       | <input type="radio"/> Kalt     | <input type="radio"/> Beißend        |
| <input type="radio"/> Schmerzhaft     | <input type="radio"/> Warm     | <input type="radio"/> Sonstiges:     |

## Weitere Hauterscheinungen:

- |                                     |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Hautschuppung | <input type="radio"/> Rötung     |
| <input type="radio"/> Trockenheit   | <input type="radio"/> Blutung    |
| <input type="radio"/> Entzündung    | <input type="radio"/> Sonstiges: |

## Beeinträchtigt das Jucken z. B.

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Ihren Schlaf    | <input type="radio"/> Ihr Freizeitverhalten |
| <input type="radio"/> Ihr Berufsleben | <input type="radio"/> Ihre Stimmung         |
| <input type="radio"/> Ihr Sozialleben | <input type="radio"/> Sonstiges:            |

## Welche\*r der folgenden Patient\*innen ist Ihnen am ähnlichsten?

Einfluss des Pruritus auf die Lebensqualität –  
Self-assessed disease severity (SADS)<sup>6</sup>

### PATIENT A (MILD)

- Ich habe normalerweise keine Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe normalerweise keine Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich normalerweise nicht unruhig oder traurig

### PATIENT B (MODERAT)

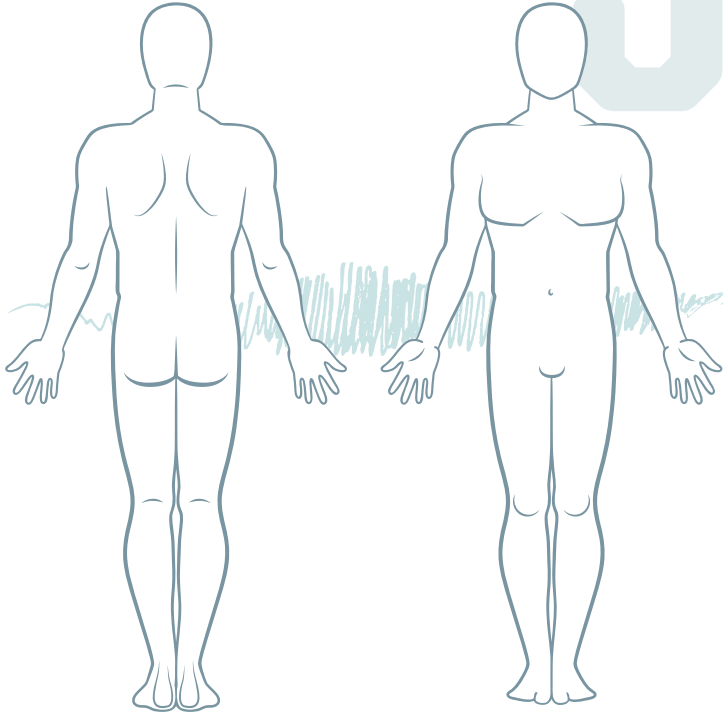
- Ich habe manchmal Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe manchmal Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Der Juckreiz macht mich manchmal unruhig oder traurig

### PATIENT C (SCHWER)

- Ich habe oft Kratzspuren auf der Haut, die manchmal bluten oder sich entzünden
- Ich habe oft Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich oft unruhig oder traurig

# WO HAT ES ÜBERALL GEJUCKT?

Markieren Sie bitte die betroffenen Körperteile:



WOCHE 4

# WOCHE 4

## WIE WAR IHR JUCKREIZ IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN?

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

# WOCHE 4

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

Datum: \_\_\_\_\_



kein Juckreiz mild moderat schwer

# WOCHENÜBERSICHT | WIE BEEINFLUSST DER JUCKREIZ IHRE LEBENSQUALITÄT?

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Punkte an,  
wenn Sie an die vergangene Woche denken.  
Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

## Wie fühlt sich Ihr Juckreiz an?

- |                                       |                                |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Oberflächlich   | <input type="radio"/> Brennend | <input type="radio"/> Elektrisch     |
| <input type="radio"/> wie Nadelstiche | <input type="radio"/> Stechend | <input type="radio"/> Unter der Haut |
| <input type="radio"/> Kribbelnd       | <input type="radio"/> Kalt     | <input type="radio"/> Beißend        |
| <input type="radio"/> Schmerzhaft     | <input type="radio"/> Warm     | <input type="radio"/> Sonstiges:     |

## Weitere Hauterscheinungen:

- |                                     |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Hautschuppung | <input type="radio"/> Rötung     |
| <input type="radio"/> Trockenheit   | <input type="radio"/> Blutung    |
| <input type="radio"/> Entzündung    | <input type="radio"/> Sonstiges: |

## Beeinträchtigt das Jucken z. B.

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Ihren Schlaf    | <input type="radio"/> Ihr Freizeitverhalten |
| <input type="radio"/> Ihr Berufsleben | <input type="radio"/> Ihre Stimmung         |
| <input type="radio"/> Ihr Sozialleben | <input type="radio"/> Sonstiges:            |

## Welche\*r der folgenden Patient\*innen ist Ihnen am ähnlichsten?

Einfluss des Pruritus auf die Lebensqualität –  
Self-assessed disease severity (SADS)<sup>6</sup>

### PATIENT A (MILD)

- Ich habe normalerweise keine Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe normalerweise keine Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich normalerweise nicht unruhig oder traurig

### PATIENT B (MODERAT)

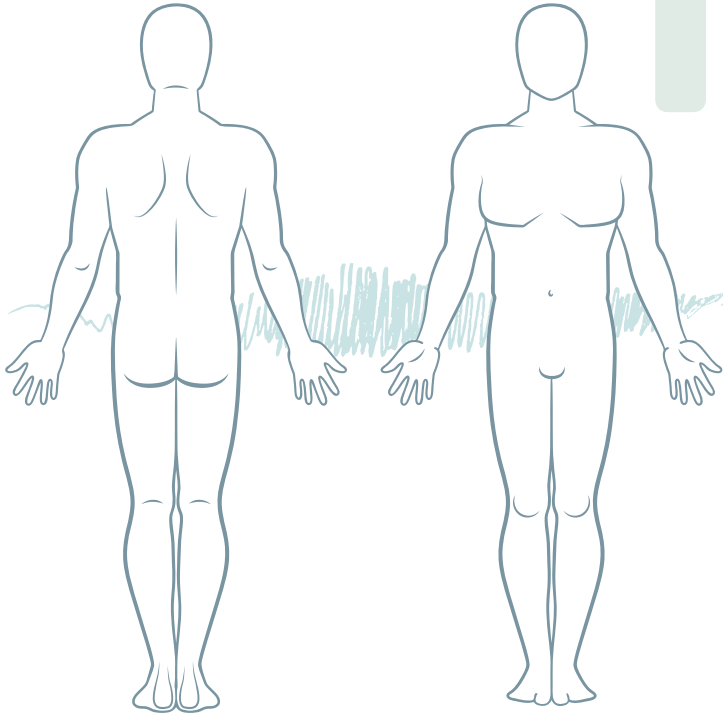
- Ich habe manchmal Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe manchmal Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Der Juckreiz macht mich manchmal unruhig oder traurig

### PATIENT C (SCHWER)

- Ich habe oft Kratzspuren auf der Haut, die manchmal bluten oder sich entzünden
- Ich habe oft Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich oft unruhig oder traurig

# WO HAT ES ÜBERALL GEJUCKT?

Markieren Sie bitte die betroffenen Körperteile:



## WICHTIGE FRAGEN

# WICHTIGE FRAGEN, DIE SIE SICH VOR DEM GESPRÄCH MIT IHRER ÄRZTIN/ IHREM ARZT STELLEN SOLLTEN:

Hier finden Sie einige Fragen, die Sie sich vor dem Gespräch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt stellen sollten. Sie können die Fragen in den vorgesehenen Feldern beantworten und Ihr Tagebuch zu Ihrem nächsten Arzttermin mitnehmen, um Ihr Gespräch zu erleichtern.

Wann hat der Juckreiz begonnen?

.....

Ist mein Juckreiz in den letzten Wochen bzw. Monaten besser oder schlechter geworden?

.....

.....

.....

.....

Welche Bereiche meines Körpers sind betroffen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte zeigen Sie das Juckreiz-Tagebuch Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt und/oder Ihrem Pflegepersonal, und sprechen Sie über Ihren Juckreiz.

Hören Sie die Stimmen



von Betroffenen

# <https://www.selbsthilfe-niere.at> (Letzter Zugriff am 18.10.2024)

Referenzen: 1. Patel, T. S., Freedman, B. I. & Yosipovitch, G. An update on pruritus associated with CKD. Am J Kidney Dis 50, 11-20, doi:10.1053/j.ajkd.2007.03.010 (2007). 2. Verduzco, H. A. & Shirazian, S. CKD-Associated Pruritus: New Insights Into Diagnosis, Pathogenesis, and Management. Kidney Int Rep 5, 1387-1402, doi:10.1016/j.ekir.2020.04.027 (2020). 3. Storck M, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021; 35(5): 1176-1185. 4. Phan NC, et al. Acta Derm Venereol. 2012; 92: 502-7. 5. Verweyen E, et al. Acta Derm Venereol. 2019; 99: 657-66. 6. Mathur VS, et al. Clin J Am Soc Nephrol. 2010; 5: 1410-19.

Vifor Pharma Österreich GmbH  
Walcherstraße 1A, Stiege 1  
1020 Wien  
[www.cslvifor.at](http://www.cslvifor.at)

**CSL Vifor**