

MS SYMPTOM KOMPASS

Wir empfehlen diesen Selbsttest mindest. 2x jährlich durchzuführen, um eine evtl. Verschlechterung der Symptome schneller zu erkennen, um in weiterer Folge dies mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen zu können.

Alter

Information zu Ihrer MS

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Schub? (ein Zeitraum in dem neurologische Symptome schlechter werden, später wieder besser?)

Ja Nein

Falls JA:

Wieviele Schübe

▼

hatten Sie?

1 2 3+

Wie gut haben Sie sich von Ihrem letzten Schub erholt?

100% 75% 50% 25% 0%

Ganz Fast ganz Teilweise Etwas Gar nicht

Zu Ihren Symptomen

Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine der folgenden Erfahrungen gemacht?

- Beeinträchtigung beim Sehen
- Muskelschwäche oder Muskelkrämpfe
- Beeinträchtigung beim Gehen
- Probleme mit dem Gleichgewicht
- Schmerzen
- Taubheitsgefühl oder Kribbeln
- Blasenfunktionsstörung und Verdauungsprobleme
- Probleme beim Sprechen
- Gedächtnis- oder Konzentrationsstörung
- Müdigkeit oder Erschöpfung

Traten diese Symptome **nach** dem Schub auf?

wenn ja

Nein leicht mittel stark

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traten diese Symptome **ohne** Schub auf?

wenn ja

Nein leicht mittel stark

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche der folgenden Aktivitäten in Ihrem Leben wurde in den letzten 6 Monaten durch Ihre MS-Symptome beeinflusst?

- Bewegen (Spazieren, Stiegen steigen)
- Körperpflege, Anziehen
- Kochen, Einkaufen, Aufräumen
- nachgehen von Hobbies oder Freizeitaktivitäten
- bei der Arbeit

nach dem Schub,
wenn ja

Nein leicht mittel stark

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ohne Schub,
wenn ja

Nein leicht mittel stark

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprechen Sie mit Ihrem Neurologen wenn sich Ihre Krankheit verändert!



Ein Service von
Novartis Pharma GmbH
Stella-Klein-Loew-Weg 17
A-1020 Wien
www.novartis.at



PATIENT.PARTNER INFOLINE
Kostenfreie sozialrechtliche
und psychologische
Information

0800/203909

Mo–Do 9–16 Uhr & Fr 9–13 Uhr
patient.partner@novartis.com