



# Ihr ITP-Diskussionsleitfaden

Dieser Leitfaden soll Ihnen helfen, mit Ihrem Arzt\* gezielte Gespräche über Ihre ITP-Behandlung und Ihre Bedürfnisse zu führen

**1 Lassen Sie den letzten Monat Revue passieren** und notieren Sie sich, was Ihnen am wichtigsten ist, wenn Sie an Ihre ITP denken. Sie müssen nicht alles ausfüllen: Konzentrieren Sie sich auf die Dinge, die für Sie am wichtigsten sind.

**2** Wenn Sie das Formular ausgefüllt haben, **kreuzen Sie die Sterne neben den Fragen an, um Ihre Antworten zu priorisieren.**

**3** **Bringen Sie den ausgefüllten Leitfaden zu Ihrem nächsten Termin mit** und besprechen Sie ihn mit Ihrem Arzt\*:

● *Nutzen Sie den Leitfaden, um die für Sie wichtigsten Themen zu besprechen und gehen Sie der Reihe nach vor.*

● *Helfen Sie Ihrem Arzt\* dabei, Ihre Ziele zu verstehen und erklären Sie ihm, was für Sie in Ihrem täglichen Leben am wichtigsten ist.*

**4 Entscheiden Sie gemeinsam** über Ihren zukünftigen Behandlungsplan.

## Heutiges Datum:

Notieren Sie sich das heutige Datum, damit Sie zurückblicken und nachverfolgen können, wie Sie sich im Laufe der Zeit fühlen.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Meine Ziele

Schreiben Sie zunächst Ihre kurzfristigen Ziele auf; Dinge, die für Sie im Moment wichtig sind (*diese Woche / diesen Monat*).

*Zum Beispiel: ein schöner Spaziergang mit dem Hund in dieser Woche*

Dann schreiben Sie Ihre längerfristigen Ziele auf; Dinge, die Ihnen in Zukunft wichtig sind (*nächste 6 Monate*).

*Zum Beispiel: eine Fahrradtour in drei Monaten*

## Leben mit ITP

Das Leben mit ITP kann Ihr Wohlbefinden und die Bewältigung alltäglicher Aufgaben beeinträchtigen.

**Bewerten Sie anhand der nachstehenden Skala, wie sich die ITP auf Ihr tägliches Leben auswirkt. Kreuzen Sie die Punktzahl ein, die am besten wiedergibt, wie Sie sich fühlen.**

### Umgang mit ITP-Symptomen

*Wie haben sich die ITP-Symptome im letzten Monat auf Ihr tägliches Leben ausgewirkt (einschließlich Müdigkeit, Blutungen, Blutergüsse usw.)?*



### Das tägliche Leben meistern

*Fühlen Sie sich in der Lage, alltägliche Aufgaben zu erledigen, wie zum Beispiel zu kochen, Handwerksarbeiten auszuführen, Hausarbeiten zu erledigen und einzukaufen?*



### Emotionales Wohlbefinden

*Fühlen Sie sich gut (z.B. zufrieden, ausgeglichen, fröhlich) oder eher schlecht (ängstlich, aufgebracht, deprimiert)?*



### Ausübung von Hobbys

*Haben Sie das Gefühl, dass Sie den Aktivitäten nachgehen können, die Ihnen am meisten Spaß machen?*



### Zeit mit Freunden und Familie verbringen

*Fühlen Sie sich in der Lage, Zeit mit Ihrer Familie und Ihren Freunden zu verbringen oder sich um sie zu kümmern, so wie Sie es sich wünschen?*



### Gute Leistungen bei der Arbeit oder in der Schule erbringen

*Haben Sie das Gefühl, dass Sie in Ihrer Arbeit und/oder Ihrer/m Schule/Studium gute Leistungen erbringen können?*



### Teilnahme an Sport und Bewegung

*Fühlen Sie sich in der Lage, Ihre Sport- und Bewegungsziele zu erreichen?*



*Nutzen Sie dieses Feld, um weitere Details zu notieren. Z.B. In welchem Maße beeinflusst die ITP Ihr tägliches Leben?*

\* Die Verwendung des Sternsymbols (\*) bezieht neben weiblichen und männlichen Personen weitere Geschlechter und Geschlechtsidentitäten mit ein.

Der ITP-Diskussionsleitfaden wurde gemeinsam von der UK ITP Support Association, Sobi AB und Health Unlimited erstellt und von Sobi AB finanziert | NP-24243 | Erstellungsdatum: Oktober 2022

## Erfolgreiches ITP-Management

Damit Sie Ihr Leben so leben können, wie Sie es möchten, ist es wichtig, dass Sie mit Ihrem Arzt\* offen über Ihre Bedürfnisse und Gedanken sprechen, um eine optimale Behandlung für Sie zu finden. **Bewerten Sie anhand der nachstehenden Skala, wie Sie sich in Bezug auf Ihre ITP-Behandlung fühlen. Kreisen Sie die Punktzahl ein, die am besten wiedergibt, wie Sie sich fühlen.**

*Wie gut hilft Ihnen Ihre ITP-Behandlung bei der Bewältigung/Vorbeugung Ihrer Symptome (einschließlich Müdigkeit, Blutungen, Blutergüsse usw.)?*



*Wie sehr stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlung die Thrombozytenproduktion aufrechterhält oder erhöht?*



*Wie zufrieden sind Sie mit der Häufigkeit Ihrer Medikamenteneinnahme?*



*Wie zufrieden sind Sie mit der Anzahl der Bluttests zur Kontrolle Ihrer Thrombozytenzahl während Ihrer ITP-Behandlung?*



*Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Ihre ITP-Behandlung durchgeführt wird?*



*Wie einfach ist es für Sie, die Einnahme Ihrer Medikamente in Ihren üblichen Tagesablauf zu integrieren? (Zum Beispiel beim Pendeln, Arbeiten, Essen, Schlafen)*



*Wie einfach ist es für Sie, die Behandlung durchzuführen, wenn sich Ihr Tagesablauf ändert? Zum Beispiel, wenn Sie im Urlaub sind?*



*Insgesamt betrachtet, wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Behandlung?*



## Anmerkungen:

*Nutzen Sie dieses Feld, um weitere Einzelheiten zu notieren. Z.B. Wie sich Ihre Behandlung und medizinische Versorgung auf Ihr tägliches Leben auswirkt oder um Wünsche zu äußern, die Sie mit Ihrem Arzt besprechen möchten.*

## ITP-Behandlung und Ihre Ziele

Beeinträchtigt die ITP oder die ITP-Behandlung derzeit Ihre Fähigkeit, Ihre persönlichen Ziele zu erreichen?

JA  NEIN

*Nutzen Sie dieses Feld, um aufzuschreiben, wie die ITP Ihre persönlichen Ziele beeinflusst.*

**Wichtigste Diskussionspunkte für Ihr nächstes Arztgespräch. Gehen Sie die Fragen noch einmal durch und kreuzen Sie die Sterne neben den Fragen an, um Ihre Antworten zu priorisieren.**

*Nutzen Sie dieses Feld, um die wichtigsten Themen aufzuschreiben, die Sie bei Ihrem nächsten ITP-Termin besprechen möchten.*

## Und schließlich ...

- Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie nicht gehört oder Ihre Bedürfnisse nicht genügend berücksichtigt werden, haben Sie Mut und keine Angst davor, dies Ihrem Arzt mitzuteilen.
- Bitten Sie auch um eine Erklärung, wenn Sie etwas während Ihres Arztgespräches nicht verstanden haben.