

| NEPHROLOGIE

Patienten-Tagebuch bei nephrotischem Syndrom



In diesem Tagebuch für Patientinnen und Patienten steht für jeden Monat eine Seite zur Verfügung. Ein Tagebuch reicht aus für zwölf Monate (1 Seite = 1 Monat).

Legende:

Urin-Teststreifen:

- Das Ergebnis des täglichen Urin-Teststreifens im ersten Morgenurin
- Mögliche Ergebnisse: Negativ, Spur, +, ++, +++, +++++

Prednison (PDN):

- Dosierung in mg

Blutdruck (BD):

- Blutdruckwerte am Morgen

Gewicht:

- Gewicht gemessen am Morgen nach der Miktion

Unter Bemerkungen beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- Hat Ihr Kind eine Infektion oder sonstige Beschwerden?
- Hat Ihr Kind in der Schule gefehlt?
- Waren Sie mit Ihrem Kind beim Arzt?
- Hat Ihr Kind Fieber?
- Beobachten Sie bei Ihrem Kind Hautveränderungen, Wassereinlagerungen oder Urinverfärbungen?

Zu beachten beim Urin-Teststreifen:

- Lagern Sie die Urin-Teststreifen an einem trockenen Ort.
- Führen Sie den Test einmal pro Tag mit dem ersten Morgenurin durch.
- Tauchen Sie dazu den Urin-Teststreifen kurz in den aufgefangenen Urin ein, dann rasch wieder herausnehmen.
- Nach 60 Sekunden vergleichen Sie die Verfärbung des Urinstreifens mit den Farbfeldern auf der Packung.
- Notieren Sie das Testergebnis.

Kontakt

Behandelnder Arzt: _____

Abteilung Nephrologie

Telefon +41 44 249 63 31

nephrologie.sekretariat@kispi.uzh.ch

Monat _____

Dat.	Urin- streifen	PDN*		BD**	Gewicht	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*PDN=Prednison; **BD=Blutdruck

Monat _____

Dat.	Urin- streifen	PDN*		BD**	Gewicht	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*PDN=Prednison; **BD=Blutdruck

Monat _____

Dat.	Urin- streifen	PDN*		BD**	Gewicht	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*PDN=Prednison; **BD=Blutdruck

Monat _____

Dat.	Urin- streifen	PDN*		BD**	Gewicht	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*PDN=Prednison; **BD=Blutdruck

Monat _____

Dat.	Urin- streifen	PDN*		BD**	Gewicht	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*PDN=Prednison; **BD=Blutdruck

Monat _____

Dat.	Urin- streifen	PDN*		BD**	Gewicht	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*PDN=Prednison; **BD=Blutdruck

Monat _____

Dat.	Urin- streifen	PDN*		BD**	Gewicht	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*PDN=Prednison; **BD=Blutdruck

Monat _____

Dat.	Urin- streifen	PDN*		BD**	Gewicht	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*PDN=Prednison; **BD=Blutdruck

Monat _____

Dat.	Urin- streifen	PDN*		BD**	Gewicht	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*PDN=Prednison; **BD=Blutdruck

Monat _____

Dat.	Urin- streifen	PDN*		BD**	Gewicht	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*PDN=Prednison; **BD=Blutdruck

Monat _____

Dat.	Urin- streifen	PDN*		BD**	Gewicht	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*PDN=Prednison; **BD=Blutdruck

Monat _____

Dat.	Urin- streifen	PDN*		BD**	Gewicht	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*PDN=Prednison; **BD=Blutdruck



UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

| *Das Spital der
Eleonorenstiftung*

Universitäts-Kinderspital Zürich
Lenggstrasse 30
CH-8008 Zürich

www.kispi.uzh.ch
Telefon +41 44 249 49 49