

Datum Visite

## Zwischenanamnese

ADPKD-Symptome      Angaben über Zeitpunkt / Dauer / Häufigkeit und Therapie seit letzter Visite

keine

Flankenschmerzen

Makrohämaturie

sichtbarer Tumor

Hypertonie

Zysteninfekte


andere ADPKD-Symptome

relevante Erkrankungen / Operationen

## Systemanamnese (ausser ADPKD-Symptome)

Herz / Kreislauf

bland

Atmungsorgane

bland

Gastrointestinaltrakt

bland

Urogenitaltrakt

bland

Integument

bland

Nervensystem / Psyche

bland

Infektanfälligkeit (Atemwegsinfekte, Harnwegsinfekte, Herpes labialis, andere)

bland

Allergien

bland

**Nikotin**

- nie       < 2 Zig/d       2-10 Zig/d       ½-1 p/d       1-2 p/d       >2 p/d

kumulativ ca.  py

**Alkohol**

- nie       < 1 E/Wo       1-3 E/Wo       4-7 E/Wo       1-3 E/d       >3 E/d

1 E (Einheit) = ca 3 dl Bier oder 1 dl Wein oder 4 cl Spirituosen

**Koffein**

- nie       < 1 Kaffee/d       1-2 Kaffee/d       3-4 Kaffee/d       >4 Kaffee/d Kaffee/d

**andere Noxen**

**aktuelle Medikamente (inklusive Kontrazeption)**

**Status**

*Pathologische Befunde*

*Kardial*

- Herztöne       normal  
 Geräusche       keine

*Pulmonal*

- Perkussion       normal  
 Auskultation       normal

*Abdomen*

- Leber       normal  
 Milz       normal  
 Resistenzen       keine

*Nierenlogien*

- indolent

*Integument*

- normal

*Lymphknoten*

- cervikal       normal  
 suprakl.       normal  
 axillär       normal

## Blutdruckmessung/Labor

1. Blutdruck (Messung im Sitzen 5 Minuten nach Hinsetzen)

rechts  /  mmHg

links  /  mmHg

2. Blutdruck (Messung im Sitzen nach weiteren 5 Minuten)

rechts  /  mmHg

links  /  mmHg

Puls  / min

Gewicht  kg

Temp  °C

Blut und Mittelstrahl-Urin abgenommen

## Tolvaptantherapie Monitoring

- Dosis 1 = 15 mg
- Dosis 2 = 15/15 mg
- Dosis 3 = 45/15 mg
- Dosis 4 = 60/30 mg
- Dosis 5 = 90/30 mg

	j	n
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberbauchbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dunkler Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

andere AE:

---

---

---

---

---

---

Bemerkungen und Ergänzungen

Name Arzt

Unterschrift