

Die generalisierte Myasthenia gravis im Blick behalten

FRAGEBÖGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND

Bitte tragen Sie Ihre Daten ein

Name, Vorname Datum

Sonstiges (z.B. aktuelle Medikation)

Bitte geben Sie in beiden Fragebögen an, in welchem Ausmaß die jeweilige Aussage für die letzte Woche zutrifft. Im Anschluss rechnen Sie die Punkte zusammen und erhalten jeweils einen Gesamtwert.

Fragebogen 1 zur Aktivität des täglichen Lebens bei Myasthenia gravis (MG-ADL)

Klasse	0	1	2	3	Punktwert (0, 1, 2 oder 3)
1 Sprechen	Normal	Zeitweise verwaschene oder nasale Sprache	Dauerhaft verwaschene oder nasale Sprache, jedoch verständlich	Schwer zu verstehen	+
2 Kauen	Normal	Müdigkeit bei fester Kost	Müdigkeit bei weicher Kost	Magensonde	+
3 Schlucken	Normal	Seltenes Würgen	Häufiges Würgen mit erforderlichen Nahrungsumstellungen	Magensonde	+
4 Atmung	Normal	Kurzatmigkeit bei Anstrengung	Kurzatmigkeit in Ruhe	Abhängigkeit von einem Beatmungsgerät	+
5 Beeinträchtigung beim Zähneputzen oder Kämmen der Haare	Keine	Besondere Anstrengung, aber keine Pausen erforderlich	Pausen erforderlich	Kann eine dieser Funktionen nicht ausüben	+
6 Beeinträchtigung beim Aufstehen von einem Stuhl	Keine	Ein wenig, gelegentlich mit Unterstützung der Arme	Mittelmäßig, immer unter Einsatz der Arme	Schwerwiegend, benötigt Hilfe	+
7 Doppelsehen	Keine	Tritt auf, jedoch nicht täglich	Täglich, jedoch nicht dauerhaft	Dauerhaft	+
8 Hängende Augenlider	Keine	Tritt auf, jedoch nicht täglich	Täglich, jedoch nicht dauerhaft	Dauerhaft	+

MG-ADL-Gesamtpunktwert
(Punkte 1–8)

Anregungen für die MG-ADL-Bewertung:

- **Sprechen** Sie darüber, wie häufig jedes Symptom auftritt
- **Sagen** Sie, welche Symptome Sie am meisten beeinträchtigen
- **Überlegen** Sie, wie sich Ihre Symptome verändert haben und wie sie sich auf den MG-ADL-Wert auswirken können
- **Überlegen** Sie, ob die aktuelle Behandlung Ihren MG-ADL-Wert verbessert

Fragebogen 2 zur Erfassung der Lebensqualität bei Myasthenia gravis (MG-QoL15)

	Gar nicht 0	Ein wenig 1	Etwas 2	Ziemlich 3	Sehr 4
1 Ich bin frustriert über meinen Zustand.					
2 Ich habe aufgrund meines Zustands Probleme beim Sehen.					
3 Ich habe Schwierigkeiten beim Essen.					
4 Ich muss meine sozialen Aktivitäten aufgrund meines Gesundheitszustands einschränken.					
5 Mein Gesundheitszustand hindert mich daran, Hobbies und Freizeitaktivitäten zu genießen, die für mich wichtig sind.					
6 Aufgrund meines Gesundheitszustands habe ich Schwierigkeiten, die Bedürfnisse meiner Familie zu erfüllen.					
7 Ich muss meine Pläne nach meinem Gesundheitszustand ausrichten.					
8 Meine beruflichen Fähigkeiten und/oder meine berufliche Situation werden durch meinen Gesundheitszustand negativ beeinflusst.					
9 Ich habe Schwierigkeiten zu sprechen.					
10 Ich habe Schwierigkeiten, Auto zu fahren.					
11 Ich bin aufgrund meines Zustands deprimiert.					
12 Ich habe Schwierigkeiten zu gehen.					
13 Ich habe Schwierigkeiten, mich an öffentlichen Plätzen aufzuhalten.					
14 Ich fühle mich durch meinen Zustand überwältigt.					
15 Ich habe Schwierigkeiten bei der Durchführung meiner eigenen Körperpflege.					

MG-QoL-Gesamtwert =
Zeilen 1–15 addieren