



ENDOCAN → Monthly

03.09.2024, 12:54

FRAGEBOGEN ZUR VERLAUFSKONTROLLE der ENDOCAN-Studie

AI05

Sehr geehrte Patientin,

Sie sind von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin gefragt worden, ob Sie an einer Beobachtungsstudie bezüglich der Verbesserung von endometriosebedingten Symptomen durch die Einnahme von Cannabisextrakten teilnehmen möchten. Um wichtige neue Erkenntnisse bezüglich der Behandlung von Endometriose zu erforschen und somit die Situation für die betroffenen Personen verbessern zu können bitten wir Sie die folgenden Fragebögen sorgfältig, pünktlich (vor Behandlungsbeginn, nach 1,2 und 3 Monaten Behandlung) und wahrheitsgemäß zu beantworten. Bitte nehmen Sie sich für die Beantwortung ausreichend Zeit. Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung (janosch-willem.kratz@charite.de).

1. Bitte teilen Sie uns die folgenden Informationen mit:

AI01

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Emailadresse:

2. Welche Menge des Cannabisextraktes nehmen Sie momentan MORGENS ein?

AI02

[Bitte auswählen] 

3. Welche Menge des Cannabisextraktes nehmen Sie momentan ABENDS ein?

AI03

[Bitte auswählen] 

AI04

4. Hat die Einnahme des Cannabisextraktes im letzten Monat zu einer oder mehreren der folgenden Nebenwirkungen geführt?

Bitte geben Sie die Intensität der wahrgenommenen Nebenwirkungen an, die auf die Einnahme des Cannabisextraktes zurückzuführen sind.

Müdigkeit/Schläfrigkeit	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Mundtrockenheit	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Gerötete Augen	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Schwindel	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Übelkeit	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Eingeschränkte Motorik/Dyskoordination/Gleichgewichtsstörungen	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Kognitive/berauschende Wirkung („High“-Gefühl)	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Konzentrationsschwierigkeiten	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Gedächtnisstörungen	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Angst/Panik	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Unruhe/Spannungsgefühl	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Paranoia	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Herzrasen > 15Min	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
Appetitsteigerung	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark
andere	nicht
verspürt	leicht	mittel	stark

5. Haben sie weitere Nebenwirkungen verspürt, die in der vorherigen Liste nicht aufgeführt sind?**AI06**

6. Wie war die durchschnittliche endometriosebedingte Schmerzstärke im letzten Monat unter der Cannabinoidbehandlung?

SA01 

- ☐ 0 (kein Schmerz)
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)

7. An wie vielen Tagen hatten Sie im letzten Monat durchschnittlich Schmerzen aufgrund Ihrer Endometriose (trotz Einnahme des Cannabisextraktes) ?

SA02 

- ☐ Ich hatte im letzten Monat an durchschnittlich Tagen Schmerzen
- ☐ Ich hatte jeden Tag Schmerzen
- ☐ Ich hatte keinerlei Schmerzen

8. An wie vielen Tagen haben Sie im letzten Monat andere Schmerzmittel (zusätzlich zum Cannabisextrakt) eingenommen um ihre Schmerzen zu lindern?

SA04 

- ☐ Ich habe letzten Monat an ca. Tagen Schmerzmittel eingenommen
- ☐ Ich habe im letzten Monat keine Schmerzmittel eingenommen

9. Haben Sie den Eindruck, dass Sie aufgrund der Einnahme des Cannabisextraktes seltener zu anderen Schmerzmitteln greifen müssen?

SA03 

- ☐ Ja, deutlich seltener (ca. 50% seltener)
- ☐ Ja, etwas seltener (ca. 25% seltener)
- ☐ Keine Veränderung feststellbar
- ☐ Nein, ich habe den Eindruck ich musste häufiger zu anderen Schmerzmitteln greifen

SA05 

10. Wie häufig haben Sie (im Vergleich zum vorherigen Monat) eines/mehrere der folgenden Medikamente verwendet, um ihre endometriosebedingten Schmerzen zu behandeln?

Diclofenac (z.B. Voltaren® Tabletten)	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Buscopan Plus (Tablette, Dragee)	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Buscopan Plus (Zäpfchen)	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Acetylsalicylsäure/ASS (z.B. Aspirin®)	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Celecoxib (z.B. Celebrex®)	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Ibuprofen	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Paracetamol	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Metamizol (Novaminsulfon®)	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Tramadol (z.B. Tramal®)	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Tilidin	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Dihydrocodein	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Morphin	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Oxycodon	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Levomethadon	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat

Fentanyl	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Pethidin	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Buprenorphin	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Piritramid	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Koanalgetika wie Amitriptylin, Doxepin, Clomipramin, Imipramin	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Ko-Analgetika wie Carbamazepin, Gabapentin, Pregabalin	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat
Benzodiazepine (Diazepam, Lorazepam, Lormetazepam, Midazolam, Oxazepam, Temazepam, Flunitrazepam)	Momentan keine Einnahme	Seltener eingenommen als im letzten Monat	unveränderte Einnahme	Häufiger eingenommen als im letzten Monat

11. Haben sie weitere Schmerzmittel eingenommen die in der vorherigen Liste nicht aufgeführt sind?

SA06

12. Wir würden gerne mehr darüber erfahren, welche Probleme Sie im letzten Monat hatten, weil Sie sich müde, schwach oder energielos fühlten. Bitte beantworten Sie ALLE Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am ehesten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich schon lange müde fühlen, vergleichen Sie sich mit dem Gefühl, als es Ihnen zuletzt gut ging.

CF01

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen pro Zeile an.

Haben Sie Probleme mit Müdigkeit?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Müssen Sie sich häufiger ausruhen?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Fühlen Sie sich müde oder schläfrig?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Fällt es Ihnen schwer, Aufgaben zu beginnen?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Fühlen Sie sich kraftlos/ohne Energie?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Haben Sie weniger Kraft in Ihren Muskeln?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Fühlen Sie sich schwach?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Machen Sie beim Reden häufig Versprecher?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

Fällt es Ihnen schwerer, das richtige Wort zu finden?

weniger als sonst	nicht mehr als üblich (gleichbleibend)	mehr als sonst	viel mehr als sonst
-------------------------	--	----------------------	------------------------------

13. Beurteilen Sie ihre Gedächtnisleistung

CF02

Wie würden Sie ihre Gedächtnisleistung beurteilen?

besser als sonst	wie üblich	schlechter als sonst	viel schlechter als sonst
------------------------	---------------	-------------------------	---------------------------------

CS01 

14. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die für Sie aktuell am besten passende Antwort auf der rechten Seite.

Wenn ich morgens aufwache, fühle ich mich müde und nicht erholt.

nie selten gelegentlich oft immer

Meine Muskeln fühlen sich steif und schmerzhaft an.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich habe Angstattacken.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich knirsche oder beiße meine Zähne zusammen.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich habe Probleme mit Durchfall und/oder Verstopfung.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich brauche Hilfe bei der Verrichtung meiner Alltagsstätigkeiten.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich reagiere empfindlich auf helles Licht.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich ermüde sehr schnell bei körperlichen Aktivitäten.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich habe am ganzen Körper Schmerzen.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich habe Kopfschmerzen.

nie selten gelegentlich oft immer

Meine Blase fühlt sich unangenehm an und/oder ich habe Brennen beim Wasserlassen.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich schlafe nicht gut.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich habe Hautprobleme, wie z.B. trockene oder juckende Haut oder Hautausschlag.

nie selten gelegentlich oft immer

Stress verstärkt meine körperlichen Beschwerden.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich fühle mich traurig oder niedergeschlagen.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich habe wenig Energie.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich habe Muskelverspannungen im Nacken- und Schulterbereich.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich habe Kieferschmerzen.

nie selten gelegentlich oft immer

Mir wird von manchen Gerüchen, wie z.B. Parfüm, schwindlig und übel.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich muss häufig Wasserlassen.

nie selten gelegentlich oft immer

Meine Beine fühlen sich unangenehm und ruhelos an, wenn ich versuche nachts einzuschlafen.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich habe Schwierigkeiten, mich an Dinge zu erinnern.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich erlitt als Kind traumatische Erlebnisse.

nie selten gelegentlich oft immer

Ich habe Schmerzen im Beckenbereich.

nie selten gelegentlich oft immer

15. Wie oft während der vergangenen 4 Wochen haben Sie wegen Ihrer Endometriose...

aufgrund von Schmerzen nicht zu geselligen Veranstaltungen gehen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen keine Arbeiten im Haus erledigen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen nur unter Schwierigkeiten stehen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen nur unter Schwierigkeiten sitzen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen nur unter Schwierigkeiten gehen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen nur unter Schwierigkeiten Sport treiben oder den Freizeitbeschäftigungen nachgehen können, denen Sie nachgehen möchten?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen den Appetit verloren und/oder nicht essen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen nicht gut schlafen können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen ins Bett gehen/sich hinlegen müssen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

aufgrund von Schmerzen nicht die Dinge tun können die Sie tun wollten?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich nicht in der Lage gefühlt, mit dem Schmerzen umzugehen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich allgemein Unwohl gefühlt?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich frustriert gefühlt, weil die Symptome nicht besser werden?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich frustriert gefühlt, weil Sie Ihre Symptome nicht kontrollieren können?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich nicht in der Lage gefühlt, die Symptome zu vergessen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

das Gefühl gehabt, dass Ihre Symptome Ihr Leben bestimmen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

das Gefühl gehabt, dass Ihre Symptome Ihnen Ihr Leben wegnehmen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich niedergeschlagen gefühlt?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich weinerlich/den Tränen nahe gefühlt?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich elend gefühlt?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

an Stimmungsschwankungen gelitten?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich schlecht gelaunt oder reizbar gefühlt?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

sich angriffslustig oder aggressiv gefühlt?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

Sie sich nicht in der Lage gefühlt, anderen zu erklären, wie Sie sich fühlen?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

das Gefühl gehabt, dass andere nicht verstehen, was Sie durchleiden?

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

das Gefühl gehabt, dass andere glauben, Sie jammern?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

sich alleine Gefühlt?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

sich frustriert gefühlt, weil Sie nicht immer die Kleidung tragen können, die Sie gerne auswählen würden?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

das Gefühl gehabt, dass Ihr Aussehen beeinflusst wurde?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

weniger Selbstbewusstsein gehabt?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

16. Wie oft während der vergangenen 4 Wochen haben Sie wegen Ihrer Endometriose...

EM02

auf der Arbeit eine Auszeit nehmen müssen?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

Ihren Aufgaben am Arbeitsplatz nicht nachkommen können?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

sich wegen der Symptome auf der Arbeit beschämt/schuldig gefühlt?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

schuldig gefühlt, weil Sie sich eine Auszeit von der Arbeit genommen haben?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

Angst gehabt, Ihren Job nicht erledigen zu können?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

17. Wie oft während der vergangenen 4 Wochen haben Sie wegen Ihrer Endometriose...

EM03

Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr gehabt?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

Sorgen gehabt, Geschlechtsverkehr zu haben?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

Geschlechtsverkehr wegen der Schmerzen vermieden?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

sich schuldig gefühlt, weil Sie keinen Geschlechtsverkehr haben wollten?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

sich frustriert gefühlt, weil Sie den Geschlechtsverkehr nicht genießen können?

Nie

Selten

Manchmal

Häufig

Immer

18. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

GA01 

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐	☐	☐	☐
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten zu entspannen	☐	☐	☐	☐
Rastlosigkeit, sodass Stillsitzen schwer fällt	☐	☐	☐	☐
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	☐	☐	☐	☐
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	☐	☐	☐	☐

PD02

19. Bitte geben Sie im folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

Familiäre und häusliche Verpflichtungen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfaßt Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten).

keine
Beeinträchtigung
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
völlige
Beeinträchtigung

Erholung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)

keine
Beeinträchtigung
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
völlige
Beeinträchtigung

Soziale Aktivitäten

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater – und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

keine
Beeinträchtigung
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
völlige
Beeinträchtigung

Beruf

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint sind auch Tätigkeiten im Haushalt)

keine
Beeinträchtigung
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
völlige
Beeinträchtigung

Sexualleben

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

keine
Beeinträchtigung
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
völlige
Beeinträchtigung

Selbstversorgung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich umfaßt Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

keine
Beeinträchtigung
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
völlige
Beeinträchtigung

Lebensnotwendige Tätigkeiten

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen)

keine
Beeinträchtigung
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
völlige
Beeinträchtigung

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Janosch Kratz – 2023