Behandlungstagebuch für Actiq®-Patienten

Dieses Behandlungstagebuch zu Actiq® (Fentanylcitrat) wurde als Teil der Zulassungsauflagen erstellt. Im Rahmen des Risikomanagementplans wurden über die Routinemaßnahmen hinaus zusätzliche risikominimierende Maßnahmen mit der Zulassung des Arzneimittels beauflagt, um das Risiko des Auftretens von Nebenwirkungen bei Patienten zu reduzieren, die mit Actiq® (Fentanylcitrat) behandelt werden und um das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Actiq® (Fentanylcitrat) zu erhöhen.

Dieser Leitfaden ist damit verpflichtender Teil der Zulassung, um sicherzustellen, dass Sie die besonderen Sicherheitsanforderungen kennen und berücksichtigen.

Weitere Informationen zu angeordnetem Schulungsmaterial und der „Blauen Hand“ finden Sie unter: http://www.bfarm.de/schulungsmaterial.

Warum soll ich ein Behandlungstagebuch führen?

Dieses Behandlungstagebuch hilft Ihnen, Ihre Erfahrungen mit Actiq® zu dokumentieren. Es liefert Ihnen und Ihrem Arzt wichtige Erkenntnisse über Ihren Behandlungsfortschritt und stellt sicher, dass Sie die optimale Dosis erhalten.

Aufzeichnung der Schmerzstärke

Ihr Arzt muss nachvollziehen können, wie Sie auf die Behandlung ansprechen und ob Nebenwirkungen auftreten. Sie werden daher gebeten, die Stärke Ihrer Durchbruchschmerzen während der Behandlung zu dokumentieren. Mithilfe dieser Informationen kann Ihr Arzt die Wirksamkeit von Actiq® besser beurteilen und die für Sie optimale Dosis finden.

Wie Sie die Stärke Ihrer Schmerzen aufzeichnen, wird auf Seite 7 erläutert.

Angaben zu Ihrer Person

Name:

Geburtsdatum: Anschrift:

Telefonnummer:

Name des Krankenhauses: Nummer des

Krankenhauses:

Ansprechpartner

Arzt:

Tel.-Nr. tagsüber:

Tel.-Nr. außerhalb der Sprechzeiten: Tel.-Nr. für medizinische Notfälle:

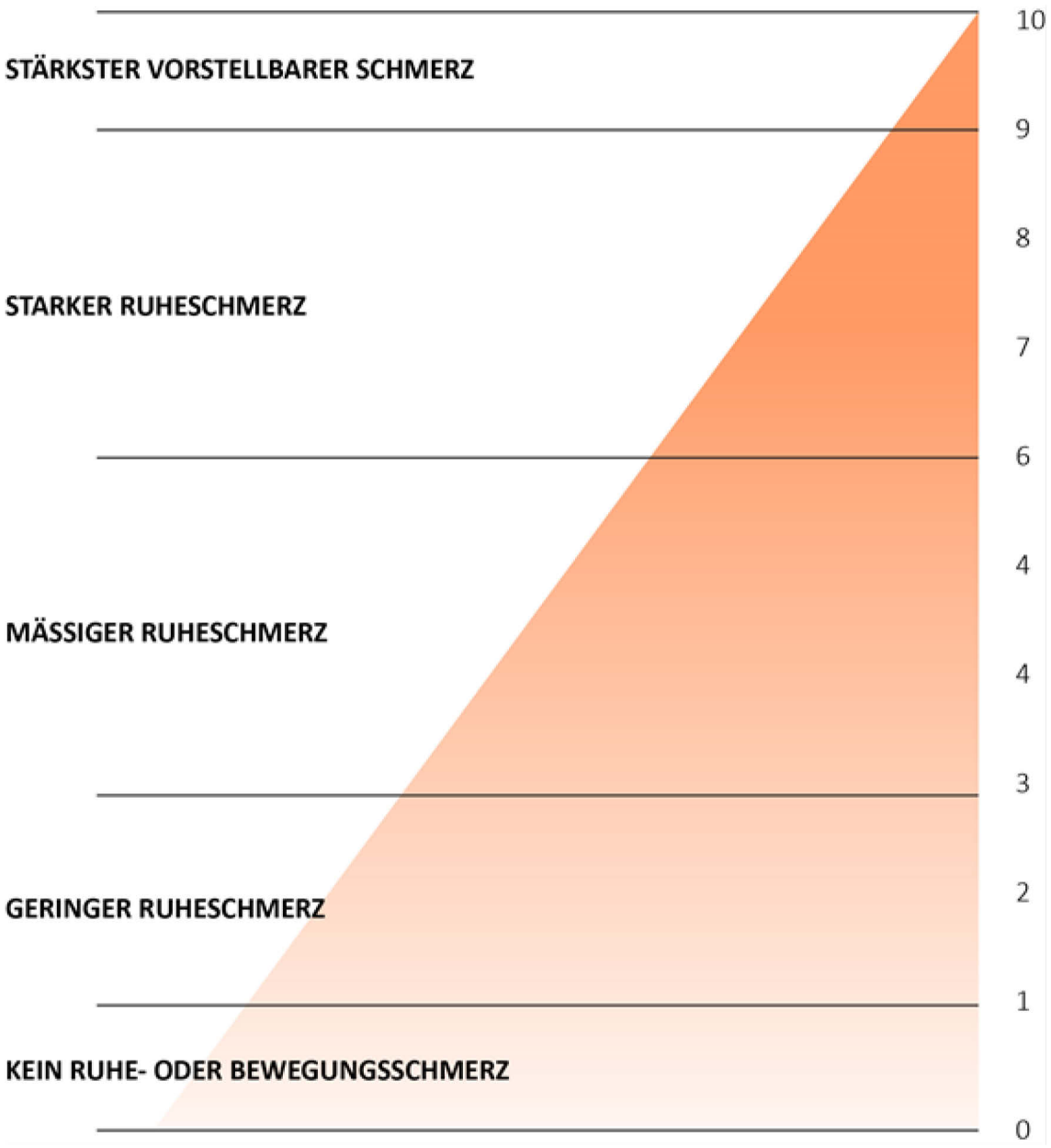
Andere medizinische Fachkräfte

Name: Tel.-Nr.:

Name: Tel.-Nr.:

Name: Tel.-Nr.:

Wie stark sind Ihre Schmerzen?



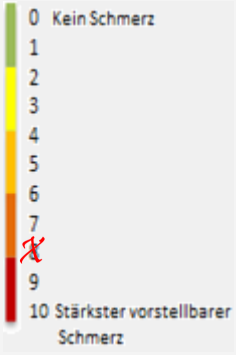
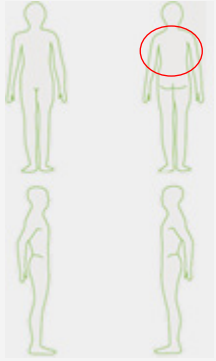
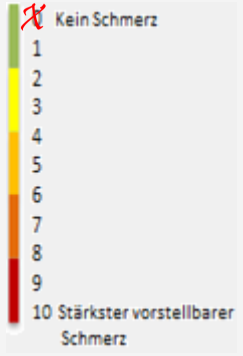
Bewerten und notieren Sie regelmäßig die Stärke Ihrer Durchbruchschmerzen (0–10).
So kann Ihre Schmerzstärke über die Zeit beurteilt werden.

So füllen Sie Ihr Behandlungstagebuch aus (Beispiel):

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

Name des Arzneimittels	Dosis
Morphin Retardtabletten	*100mg*

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit *01.07.2016* *13:30 Uhr*	Ja ☐ Nein ☒			Stechend ☒ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☒ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:	*Actiq 200µg Lutschtablette*	*5-10 Minuten*	

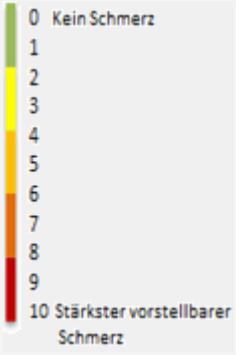
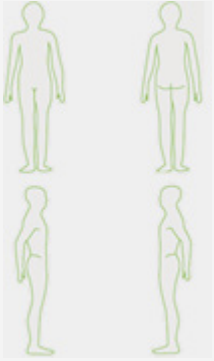
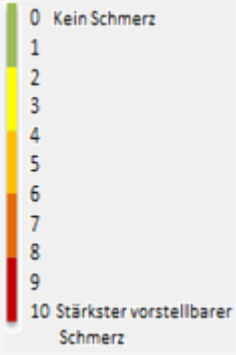
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?
7:00Uhr morgens nach dem Aufstehen

Notizen: *Der Schmerz strahlte von meinem Schulterblatt in den gesamten Rücken aus.*
Die Actiq Dosis war ausreichend und hat zu ausreichender Schmerzlinderung ohne Nebenwirkungen geführt. Ich habe Actiq so angewendet, wie es mir gezeigt wurde.

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

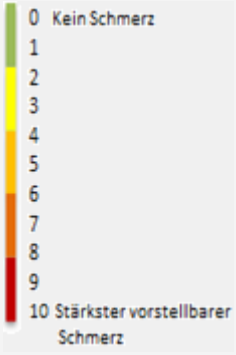
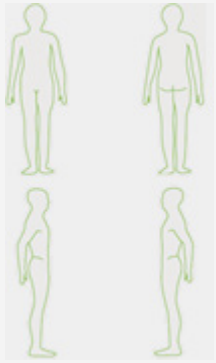
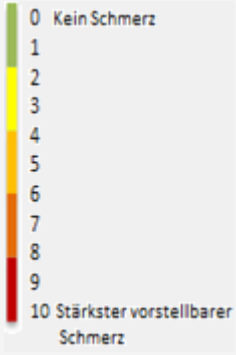
Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?							
Notizen:							

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

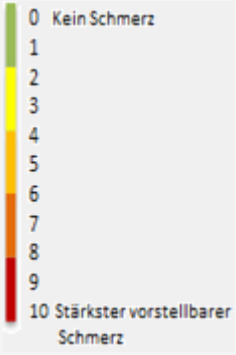
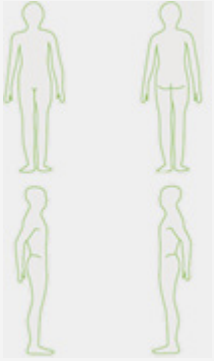
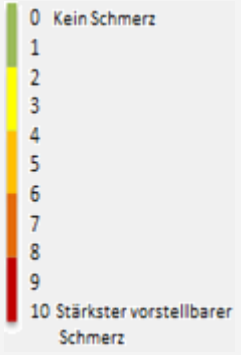
Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?							
Notizen:							

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			

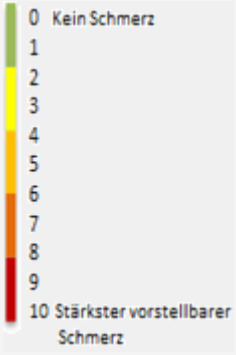
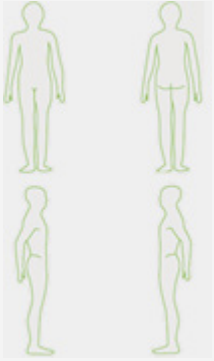
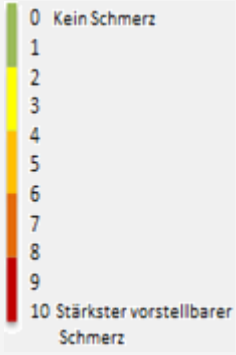
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?

Notizen:

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

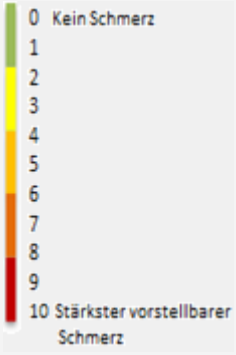
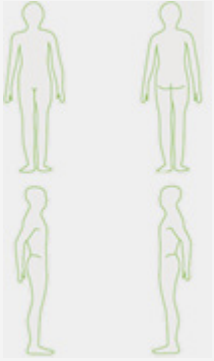
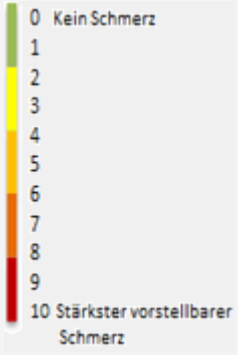
Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?							
Notizen:							

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			

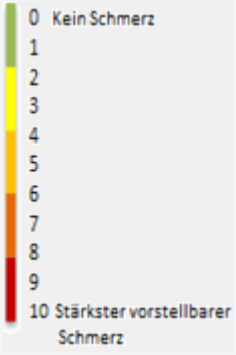
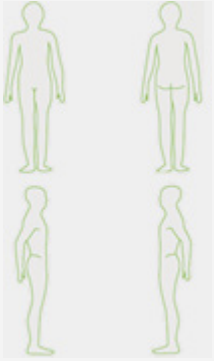
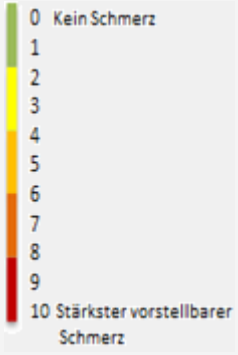
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?

Notizen:

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			

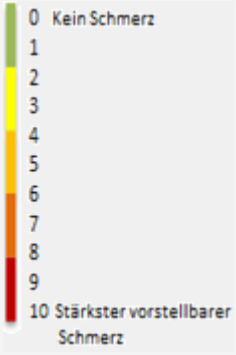
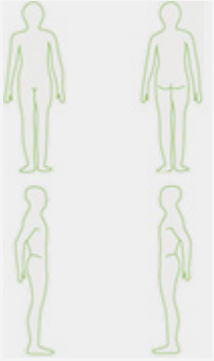
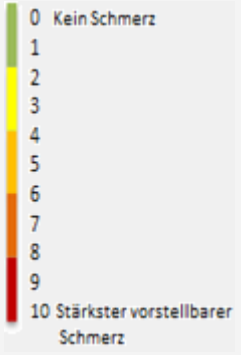
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?

Notizen:

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			

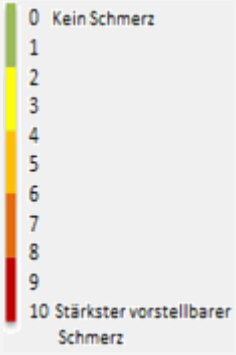
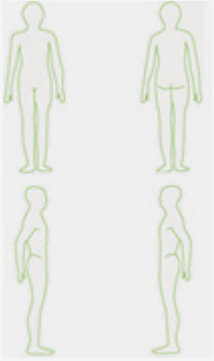
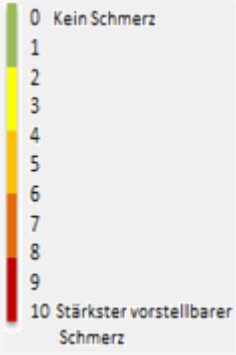
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?

Notizen:

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			

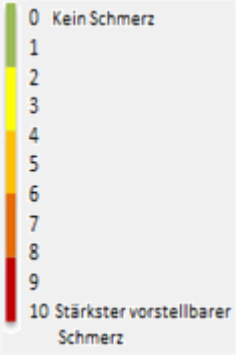
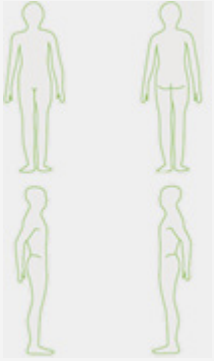
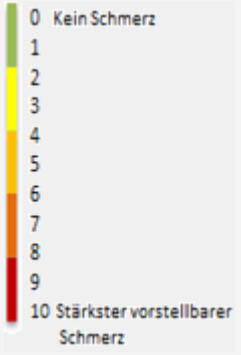
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?

Notizen:

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			

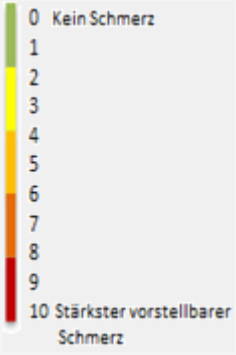
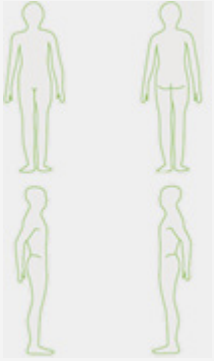
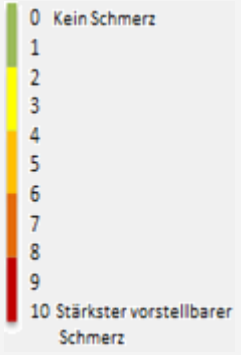
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?

Notizen:

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			

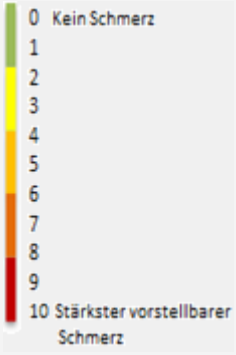
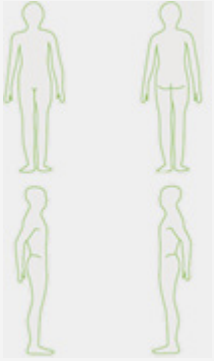
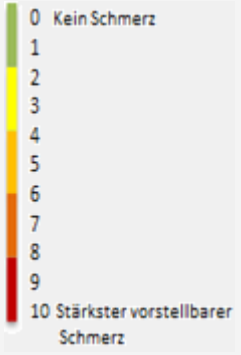
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?

Notizen:

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			

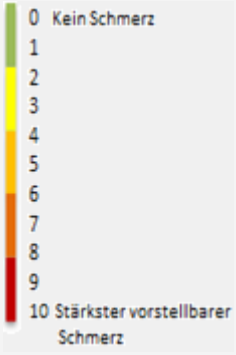
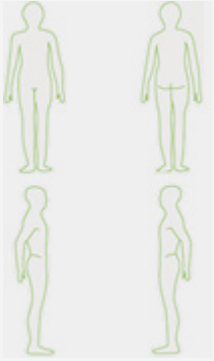
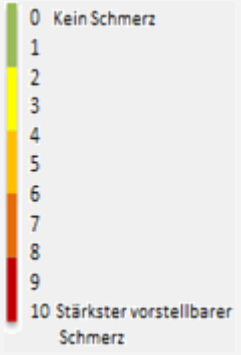
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?

Notizen:

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			

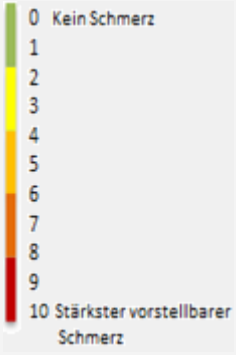
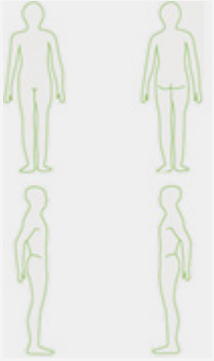
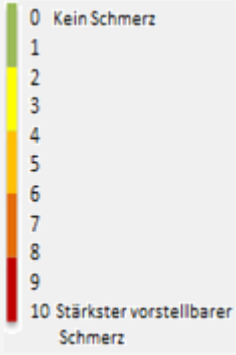
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?

Notizen:

Behandlungstagebuch zur Aufzeichnung und Bewertung Ihrer Durchbruchschmerzepisoden

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer **Dauerschmerzen** an?

Name des Arzneimittels	Dosis

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruch-schmerz aufgetreten?	Trat der Durchbruch-schmerz nach körperlicher Belastung auf?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Actiq-Dosis, die Sie daraufhin genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruch-schmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Actiq?
Datum/Uhrzeit	Ja ☐ Nein ☐			Stechend ☐ Ziehend ☐ Klopfend ☐ Einschießend ☐ Ausstrahlend ☐ Dumpf ☐ Taub ☐ anderer Schmerz:			
Wann war die letzte Einnahme (falls transdermales Pflaster: letzte Applikation) Ihres Arzneimittels gegen Dauerschmerzen vor Beginn der Durchbruchschmerzepisode?							
Notizen:							

Erstellungsdatum:

05.03.2017