



Patienten-Tagebuch zur sicheren Anwendung

Heiminfusion mit Fabrazyme®

**Therapie-Tagebuch für Patienten mit
Morbus Fabry, die eine Heiminfusion
mit Agalsidase beta erhalten**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Daten (vom Patienten auszufüllen).....	3
Allgemeine Daten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)	4
Allgemeine Daten (vom Infundierenden auszufüllen).....	5 – 6
Unterschriften.....	7
Administrative Einzelheiten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)	8
Ärztliche Verordnung	9
Änderung der ärztlichen Verordnung.....	10
Notfallplan beim Auftreten einer schwerwiegenden Nebenwirkung	11
Daten zur Infusion.....	12
Formulare zur Dokumentation der Infusionen.....	13 – 40
Nachbestellung Therapie-Tagebuch.....	41

Allgemeine Daten (vom Patienten auszufüllen)

Patient

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Telefon:

Allgemeine Daten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Behandelnder Arzt

Name:

Krankenhaus/Praxis:

Adresse:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Notfallnummer:

Allgemeine Daten (vom Infundierenden auszufüllen)

Infusion gegeben durch

*Name Heiminfusionsanbieter/ambulanter Pflegedienst
oder Selbstinfusion:*

*Name der zuständigen medizinischen Fachkraft bzw.
des Angehörigen, der die Heiminfusion durchführt:*

Bitte geben Sie uns Ihre Kontaktdaten, falls Rückfragen des behandelnden Arztes notwendig sein sollten.

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Allgemeine Daten (vom Infundierenden auszufüllen)

Apotheke

Name:

Adresse:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

**Patient über Maßnahmen und Risiken
der Heiminfusion aufgeklärt:**

Unterschrift Arzt:

**Patient mit Heiminfusion
einverstanden:**

Unterschrift Patient und/oder gesetzlicher Vertreter:

Administrative Einzelheiten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

<i>Agalsidase beta wird angewendet seit</i>	<i>Datum (TT-MM-JJJJ):</i>
<i>Erste Agalsidase beta-Infusion zu Hause</i>	<i>Datum (TT-MM-JJJJ):</i>
<i>Patienten und/oder Betreuer und medizinisches Fachpersonal für Heiminfusion geschult?</i>	<i>Datum (TT-MM-JJJJ):</i> <i>Schulender:</i>
<i>Vereinbarter ärztlicher Unterstützungsbedarf für den Patienten durch medizinisches Fachpersonal im Rahmen der Heiminfusion</i>	

Ärztliche Verordnung

Dosisschema für Agalsidase beta Datum (TT-MM-JJJJ):	
<i>Alter des Patienten:</i>	
<i>Gewicht des Patienten:</i>	
<i>Zu infundierende Gesamtdosis pro Infusion ([mg Agalsidase beta pro kg Körpergewicht] x Körpergewicht in kg):</i>	
<i>Infusionsintervall:</i>	
<i>Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidas beta-Lösung (ml) (Gesamtdosis [mg]: Ausgangskonzentration [5 mg/ml]):</i>	
<i>Gesamtvolumen der verdünnten Lösung im Infusionsbeutel (ml):</i>	
<i>Infusionsrate:</i>	
<i>Medikamentöse Vorbehandlung (falls zutreffend) mit Dosierung und Art der Anwendung:</i>	

Änderung der ärztlichen Verordnung

Dosisschema für Agalsidase beta Datum (TT-MM-JJJJ):	
<i>Alter des Patienten:</i>	
<i>Gewicht des Patienten:</i>	
<i>Zu infundierende Gesamtdosis pro Infusion ([mg Agalsidase beta pro kg Körpergewicht] x Körpergewicht in kg):</i>	
<i>Infusionsintervall:</i>	
<i>Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidas beta-Lösung (ml) (Gesamtdosis [mg]: Ausgangskonzentration [5 mg/ml]):</i>	
<i>Gesamtvolumen der verdünnten Lösung im Infusionsbeutel (ml):</i>	
<i>Infusionsrate:</i>	
<i>Medikamentöse Vorbehandlung (falls zutreffend) mit Dosierung und Art der Anwendung:</i>	

Notfallplan beim Auftreten einer schwerwiegenden Nebenwirkung

Notfallnummer:

Unterbrechen Sie unverzüglich die Infusion (belassen Sie jedoch vorerst den venösen Zugang), wenn folgende Symptome auftreten:



Weitere Maßnahmen:

1.

2.

3.

Daten zur Infusion – bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig auf einer der nachfolgenden Seiten!

Dieses Therapie-Tagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

*Anzahl der verwendeten 5 mg
Durchstechflaschen:*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechflaschen:*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Agalsidase beta-Lösung (ml):*

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):*

*Name der für die Infusion
verantwortlichen Person und Datum:*

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

*Anzahl der verwendeten 5 mg
Durchstechflaschen:*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechflaschen:*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Agalsidase beta-Lösung (ml):*

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):*

*Name der für die Infusion
verantwortlichen Person und Datum:*

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

Dosis:

Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechflaschen:

Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechflaschen:

Benötigtes Volumen der aufgelösten Agalsidase beta-Lösung (ml):

Gesamtvolumen der Infusion (ml):

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion

(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum:

Nachbestellung Therapie-Tagebuch

Falls Sie weitere Exemplare des Therapie-Tagebuches benötigen, kontaktieren Sie unsere Servicenummer **06867 / 920-5477** oder wenden Sie sich per E-Mail an hotline-qs@kohlpharma.com

kohlpharma GmbH
Im Holzhau 8
66663 Merzig
Telefon: 06867 / 920-0
E-Mail: info@kohlpharma.com

Version 4 (Stand: Dezember 2022)

