



Dieses Schulungsmaterial wurde als risikominimierende Maßnahme beauftragt und mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) abgestimmt. Es soll sicherstellen, dass Patienten und ggf. Betreuungspersonen die besonderen Sicherheitsanforderungen von Imiglucerase kennen und berücksichtigen.

Leitfaden für die sichere Anwendung einer Heiminfusion – Patienten/ggf. Betreuungsperson mit Patienten-Tagebuch

Cerezyme (Imiglucerase)

Bitte lesen Sie auch die Gebrauchsinformation (Packungsbeilage) zu Cerezyme aufmerksam durch.

Die Genehmigung dieser Schulungsmaterialien durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte lässt die für die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an Pflegefachkräfte im Zusammenhang mit Heiminfusionen geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen unberührt.

Mithilfe des Schulungsmaterials sollen mögliche Risiken, wie Medikationsfehler und das Auftreten von infusionsbedingten Reaktionen (einschließlich Hypersensitivität) und Reaktionen an der Infusionsstelle, minimiert werden.

Die in diesem Schulungsmaterial gewählte männliche Form (z. B. Arzt, Patient) bezieht sich immer zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen. Auf eine Mehrfachbezeichnung wird in der Regel zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Ziel dieses Leitfadens	3
2. Allgemeine Informationen	3
2.1. Infusionsablauf	4
2.1.1. Herstellung und Verabreichung einer Imiglucerase-Infusionslösung	4
3. Das Patienten-Tagebuch	7
4. Risiko von Überempfindlichkeitsreaktionen, deren Anzeichen sowie empfohlene Maßnahmen bei Auftreten von Symptomen	8
5. Lagerbedingungen von Cerezyme	8
6. Meldung von Nebenwirkungen.	9

Anhang: Das Patienten-Tagebuch

I. Kontaktdaten	11
II. Unterschriften	12
III. Administrative Einzelheiten	12
IV. Ärztliche Verordnung	13
V. Änderung der ärztlichen Verordnung	14
VI. Notfallplan beim Auftreten einer schwerwiegenden Nebenwirkung	15
VII. Daten zur Infusion	16
VIII. Nachbestellung Therapie-Tagebuch	17
Meldung von Nebenwirkungen	17

1. Ziel dieses Leitfadens

Zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt haben Sie entschieden, Ihre Infusionstherapie mit Cerezyme (Wirkstoff Imiglucerase) zu Hause fortzusetzen (Heiminfusionstherapie). Dieser Leitfaden ergänzt die Informationen der Packungsbeilage und die umfassende Aufklärung durch Ihren behandelnden Arzt. Sie werden über die Risiken infusionsbedingter und allergischer Reaktionen informiert und die empfohlene Handlungsweise, wenn Nebenwirkungen auftreten. Ebenso erhalten Sie Informationen darüber, wie eine Imiglucerase-Infusionslösung hergestellt und verabreicht werden muss sowie über Lagerbedingungen von Imiglucerase.

Das Patienten-Tagebuch im Anhang dieses Leitfadens wird für die Dokumentation der Heiminfusion empfohlen, enthält den Notfallplan und dient als Kommunikationsgrundlage für alle Beteiligten.

Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal, wenn Sie weitere Fragen zur Anwendung von Imiglucerase haben.

Lesen Sie sich alle Informationen genau durch, bevor Sie mit der Heiminfusion beginnen. Bewahren Sie diese Informationen an einem leicht zu erreichenden Ort auf, Sie werden sie vielleicht noch einmal lesen wollen.

2. Allgemeine Informationen

Die Entscheidung, ob bei Ihnen eine Heiminfusion infrage kommt, trifft Ihr behandelnder Arzt in Absprache mit Ihnen. Sie haben dann bereits regelmäßig die Behandlung mit Imiglucerase unter ärztlicher Aufsicht gut vertragen, über einige Monate keine mittelschweren oder schweren infusionsbedingten Reaktionen gezeigt und einer Heiminfusion zugestimmt. Die Heiminfusion erfolgt unter der Verantwortung Ihres behandelnden Arztes.

Prinzipiell kann Ihr behandelnder Arzt die Heiminfusion selbst durchführen oder mit Ihrem Einverständnis die Heiminfusion an entsprechend geschultes medizinisches Fachpersonal delegieren, welches Sie bei der Heimtherapie unterstützt.

Ihr Arzt wird mit Ihnen und dem medizinischen Fachpersonal den Umfang der Unterstützung bei der Infusion und den Ablauf der Heiminfusion genau besprechen sowie über die damit verbundenen Risiken und möglichen Nebenwirkungen informieren und in einem patientenindividuellen Notfallplan darlegen, welche Maßnahmen im Einzelfall zu ergreifen sind.

Bei minderjährigen Patienten muss eine Betreuungsperson (z. B. ein Elternteil) während der Infusion anwesend sein.

2.1. Infusionsablauf

Der Ablauf der Heiminfusion ist genauso, wie Sie ihn aus dem Krankenhaus, der Arztpraxis oder einer anderen medizinischen Einrichtung kennen.

Die Imiglucerase-Dosis und die Infusionsrate werden vom behandelnden Arzt festgelegt und dürfen ohne Rücksprache und ausdrückliche Genehmigung durch den Arzt nicht geändert werden. Wenn Sie das Gefühl haben, dass bei einer Infusion irgendetwas anders ist als sonst (z. B. im Ablauf der Infusion, ein anderes Volumen der Infusionslösung, eine veränderte Anzahl an verwendeten Arzneimittelfläschchen etc.), müssen Sie das medizinische Fachpersonal umgehend darüber informieren. Sollten Sie sich die Infusionen allein zu Hause verabreichen, kontaktieren Sie oder ein evtl. anwesender Betreuer in diesem Fall (unter Verwendung der vorher festgelegten und auf S. 1 im Anhang unter ‚Kontaktdaten‘ vermerkten Kontaktdaten) Ihren Arzt. Dieser kann Ihnen umgehend helfen.

2.1.1. Herstellung und Verabreichung einer Imiglucerase-Infusionslösung

2.1.1.1. Materialien

Für die Infusion benötigen Sie folgende medizinische Produkte und Geräte:

- Durchstechflaschen mit Imiglucerase (400 Einheiten (E) pro Durchstechflasche); diese müssen bei einer Temperatur zwischen 2 °C und 8 °C im Kühlschrank gelagert werden
- Infusionsmaterialien:
 - Steriles Wasser für Injektionszwecke zum Auflösen von Imiglucerase
 - 0,9%ige NaCl-Lösung zur Verdünnung, je nach Imiglucerase-Dosis und Infusionsvolumen gemäß ärztlicher Verordnung
 - 0,9%ige NaCl-Lösung zur Spülung des Infusionsschlauchs vor und nach der Infusion
- antiseptische Lösung
- ausreichende Anzahl steriler 10-ml-, 20-ml- und 50-ml-Spritzen, je nach Imiglucerase-Dosis
- sterile Injektionsnadeln (Kanülen 20G oder 21G), ca. 2 Nadeln pro 4 Durchstechflaschen Imiglucerase
- 1 Flügelkanüle
- ein 0,2-µm-LeitungsfILTER (Inline-Infusionsfilter) mit geringer Proteinbindung (vorzugsweise separat oder ggf. bereits integriert in das Infusionssystem)
- Ablage für Injektionsnadeln
- Heftpflaster und Verbandsmull
- sterile Tupfer zur Hautreinigung
- Abfallbehälter für spitze Instrumente
- Handwaschmittel

- Zusätzliche Bedarfsartikel bei Verwendung einer zentralvenösen Zugangsvorrichtung (Portkatether)
 - Heparin
 - Heparin-Kanülen
 - Verbandsmaterial
 - sterile Handschuhe
- Notfallmedikation (Antihistaminika und/oder Corticosteroide) und Notfallequipment

2.1.1.2. Vorbereitung

1. Bereiten Sie eine saubere Arbeitsfläche vor und legen Sie die Bedarfsartikel bereit.
2. Die Durchstechflaschen mit Imiglucerase sollten etwa 30 Minuten vor der Weiterverarbeitung aus dem Kühlschrank genommen werden, damit sie sich auf Zimmertemperatur erwärmen.
3. Überprüfen Sie das Verfalldatum auf dem Etikett und der Faltschachtel (Imiglucerase darf nach dem Verfalldatum nicht mehr verwendet werden).
4. Überprüfen Sie, ob die Anzahl der erhaltenen Durchstechflaschen korrekt ist und der verordneten Dosierung entspricht.
5. Verarbeiten Sie nur den Inhalt so vieler Durchstechflaschen, wie Sie für eine Infusion benötigen (Hinweis: Imiglucerase darf nicht in aufgelöster oder verdünnter Form für eine spätere Verwendung gelagert werden).

2.1.1.3. Auflösen der Imiglucerase

1. Entfernen Sie die Kappe von der Durchstechflasche mit Imiglucerase.
2. Desinfizieren Sie den Gummistopfen der Durchstechflasche und lassen Sie ihn an der Luft trocknen.
3. Öffnen Sie das sterile Wasser für Injektionszwecke.
4. Ziehen Sie 10,2 ml **Wasser für Injektionszwecke** mithilfe einer Injektionsnadel in eine Spritze auf und injizieren Sie das Wasser für Injektionszwecke langsam tropfenweise entlang der Innenseite der Durchstechflasche und nicht direkt auf das Pulver. Dadurch minimieren Sie die Schaumbildung. Lösen Sie das Pulver durch vorsichtiges Rollen und Neigen der Durchstechflasche. Die Durchstechflasche nicht auf den Kopf drehen, schwenken oder schütteln. Wiederholen Sie den Vorgang, so oft wie nötig, für weitere Imiglucerase-Durchstechflaschen.
5. Warten Sie einige Minuten, bis das Pulver vollständig aufgelöst ist und vorhandene Blasen entweichen konnten.
6. Nach dem Auflösen sollte das Imiglucerase-Konzentrat vor der Verdünnung optisch überprüft werden. Die rekonstituierte Lösung muss klar, farblos bis blassgelb sowie frei von Fremdpartikeln sein. Da es sich um eine Proteinlösung handelt, können gelegentlich nach dem Auflösen dünne durchscheinende Fäden/Schlieren auftreten. Eine solche Lösung darf

verwendet werden. Durch die Verwendung eines 0,2-µm-Leitungsfilters (Inline-Infusionsfilter) können etwaige Proteinpartikel herausgefiltert werden.

7. Wenn Fremdpartikel oder Verfärbungen der Flüssigkeit bemerkt werden, dürfen Sie die Lösung nicht verwenden und müssen den behandelnden Arzt informieren.
8. Die Lösung in der Durchstechflasche hat nun ein Volumen von 10,6 ml und muss sofort, wie im folgenden Abschnitt beschrieben, verdünnt werden.
9. Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfallmaterial entsorgen Sie bitte entsprechend den nationalen Anforderungen.

2.1.1.4. Verdünnen

1. Desinfizieren Sie die Verschlusskappe/Öffnung des Infusionsbeutels der **0,9%igen NaCl-Lösung** und lassen Sie diese an der Luft trocknen.
2. Entnehmen Sie entsprechend der ärztlichen Vorgabe aus dem Infusionsbeutel diejenige Volumenmenge an **0,9%iger NaCl-Lösung**, die durch das Imiglucerase-Konzentrat ersetzt wird. Verwenden Sie hierzu die bereitgestellten Nadeln und Spritzen (z. B. 50-ml-Spritze). Stellen Sie sicher, dass wenigstens die Hälfte der verdünnten Lösung aus NaCl besteht.
3. Entfernen Sie die Luft aus dem Infusionsbeutel, indem Sie diese mittels einer 50-ml-Spritze absaugen, um die Luft-/Wasser-Grenzfläche so klein wie möglich zu halten.
4. Entnehmen Sie unter Verwendung der bereitgestellten sterilen Spritzen (10, 20 und 50 ml) das hergestellte Imiglucerase-Konzentrat langsam aus der/den Durchstechflasche/n bis zum benötigten Gesamtvolumen (10 ml pro Durchstechflasche). Die entnommene Imiglucerase-Lösung sollte keinen Schaum enthalten.
5. Geben Sie das benötigte Gesamtvolumen an hergestellter Imiglucerase-Lösung vorsichtig in den Infusionsbeutel, direkt in die **0,9%ige NaCl-Lösung**.
6. Mischen Sie die nun verdünnte Imiglucerase-Lösung vorsichtig, indem Sie den Infusionsbeutel sanft umdrehen und leicht massieren. Den Infusionsbeutel nicht schütteln oder übermäßig bewegen. Prüfen Sie dabei erneut auf etwaige Fremdpartikel. Die Infusionslösung kann Proteinpartikel in Form weißer Stränge oder durchscheinender Fäden enthalten. Eine solche Lösung darf verwendet werden. Durch die Verwendung eines 0,2-µm-Leitungsfilters (Inline-Infusionsfilter) können etwaige Proteinpartikel herausgefiltert werden.

2.1.1.5. Befüllen des Infusionsschlauchs

1. Nehmen Sie das Infusionssystem aus der Verpackung und verschließen Sie es mit der Rollklemme.
2. Achten Sie auf einen sorgfältigen Anschluss eines 0,2-µm-Leitungsfilters (Inline-Infusionsfilter) mit geringer Proteinbindung. Dieser Schritt entfällt bei der Verwendung eines Infusionssystems, in dem bereits ein 0,2-µm-Leitungsfilter (Inline-Infusionsfilter) integriert ist.
3. Verbinden Sie den Infusionsschlauch mit dem 0,9%igen NaCl-Beutel und befüllen Sie das Infusionssystem, indem Sie die Rollklemme öffnen.
4. Befüllen Sie das gesamte System, entfernen Sie jegliche vorhandenen Blasen und schließen Sie die Rollklemme.

5. Verbinden Sie den mit Imiglucerase gefüllten Infusionsbeutel mit dem System und hängen Sie ihn an einen Infusionsständer.

2.1.1.6. Einführen der Kanüle in die Vene (bei Anwendung mit und ohne Portkatheter)

Eine ausführliche Schulung zum Legen eines Venenzugangs mittels Flügelkanüle bzw. der Vorbereitung und der Pflege des Portkatheters erfolgt durch medizinisches Fachpersonal. Ein ordnungsgemäßer Venenzugang ist sehr wichtig. Bei Bedarf bitten Sie Ihre Betreuungsperson Ihnen beim Legen des Zugangs bzw. bei der Vorbereitung und Pflege Ihres Portkatheters zu helfen.

2.1.1.7. Verabreichung

Unter Anwendung der vom Arzt im Patienten-Tagebuch festgelegten Infusionsrate sollten Sie die verdünnte Lösung sofort infundieren. Sollte eine sofortige Infusion nicht möglich sein, können Sie die Lösung für bis zu 24 Stunden im Kühlschrank bei 2 bis 8 °C dunkel lagern. Bitte nehmen Sie in diesem Fall dann vor der Infusion die Infusionslösung aus dem Kühlschrank und warten Sie, bis sich die Infusionslösung auf Zimmertemperatur erwärmt hat. Auf keinen Fall dürfen Sie die Infusionslösung künstlich erwärmen, wie zum Beispiel durch einen Heizkörper oder in die Sonne legen.

Nachdem die Imiglucerase-Infusion beendet ist, spülen Sie das System in derselben Infusionsrate mit 0,9%iger NaCl-Lösung und entfernen dann die Kanüle.

3. Das Patienten-Tagebuch

Das Patienten-Tagebuch enthält Informationen zur Dosierung und Verabreichung, wichtige Kontaktdaten, einen vom Arzt erstellten Notfallplan, dient der Dokumentation aller erhaltenen Infusionen sowie als Kommunikationsgrundlage mit dem Arzt. Es sollte vor Beginn Ihrer Heiminfusionstherapie gemeinsam mit dem behandelnden Arzt und ggf. der medizinischen Fachkraft ausgefüllt werden, um die Kontaktdaten, administrativen Einzelheiten, die ärztliche Verordnung sowie den Notfallplan zu besprechen und zu dokumentieren. Während der regelmäßigen Infusion zu Hause sollte die medizinische Fachkraft gemeinsam mit Ihnen oder Sie selbst das Infusionstagebuch ausfüllen und alle Auffälligkeiten notieren.

Falls Sie weitere Exemplare des Patienten-Tagebuches benötigen, kontaktieren Sie unsere Servicenummer +49 (0) 6867 / 920-5477 oder wenden Sie sich per E-Mail an hotline-qs@kohlpharma.com

4. Risiko von Überempfindlichkeitsreaktionen, deren Anzeichen sowie empfohlene Maßnahmen bei Auftreten von Symptomen

Infusionsbedingte Reaktionen und Überempfindlichkeitsreaktionen sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die während der Infusion oder bis zum Ende des Infusionstages auftreten.

Einige Nebenwirkungen können während der Anwendung des Arzneimittels oder kurz danach auftreten. Dazu zählen Juckreiz, Hitzewallungen, Nesselausschlag/lokalisierte Schwellung der Haut oder Schleimhaut in Mund oder Hals, Brustkorbbeschwerden, beschleunigte Herzfrequenz, Blaufärbung der Haut, Atemstörung, Kribbeln, Stechen, Brennen oder Taubheitsgefühl der Haut, Sinken des Blutdrucks und Rückenschmerzen. Wenn Sie eines dieser Symptome bemerken, informieren Sie bitte sofort das medizinische Fachpersonal bzw. gehen Sie entsprechend des individuellen Notfallplans vor.

Dazu kann z. B. gehören, dass die Infusion vorübergehend unterbrochen oder sofort beendet wird und ggf. weitere medizinische Maßnahmen erfolgen.

Wenn bei Ihnen eine schwere Nebenwirkung aufgetreten ist, wird Ihr Arzt möglicherweise entscheiden, dass nachfolgende Infusionen zunächst in einem Krankenhaus, einer Arztpraxis oder einer anderen medizinischen Einrichtung stattfinden.

Ihr Arzt wird Ihnen möglicherweise Arzneimittel zur Vermeidung von Nebenwirkungen und/oder zur Behandlung von Notfällen verschreiben, die Sie zu Hause zur Hand haben oder vom medizinischen Fachpersonal bereitgehalten werden müssen.

5. Lagerbedingungen von Cerezyme

Überprüfen Sie das auf der Faltschachtel sowie dem Etikett aufgedruckte Verfalldatum. Imiglucerase darf nach dem aufgedruckten Verfalldatum nicht mehr verwendet werden. Imiglucerase muss bei 2 °C bis 8 °C im Kühlschrank gelagert werden.

6. Meldung von Nebenwirkungen

Die Meldung von Nebenwirkungen ist von großer Wichtigkeit für eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses von Arzneimitteln. Bitte melden Sie Nebenwirkungen dem

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Abt. Pharmakovigilanz

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3

D-53175 Bonn

<http://www.bfarm.de>

oder dem Parallelvertreiber (siehe Kontaktdaten unten).



Alle Schulungsmaterialien für Patienten zu Imiglucerase (Leitfaden für die sichere Anwendung einer Heiminfusion – Patienten/ggf. Betreuungsperson mit Patienten-Tagebuch, Leitfaden für Patienten zur Zubereitung von Cerezyme) sind auch online durch Scannen des QR-Codes oder über www.kohlpharma.com/downloadbereich/ verfügbar.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an den Parallelvertreiber:

E-Mail: hotline-qs@kohlpharma.com

Tel.: +49 (0) 6867 / 920-5477

Anhang: Das Patienten-Tagebuch

I. Kontaktdaten

Patient	Name:
	Vorname:
	Straße/Hausnummer:
	Postleitzahl/Ort:
	Telefon:
	E-Mail-Adresse:
Ggf. Betreuungsperson	Name:
	Vorname:
	Straße/Hausnummer:
	Postleitzahl/Ort:
	Telefon:
	E-Mail-Adresse:
Behandelnder Arzt	Name:
	Vorname:
	Straße/Hausnummer:
	Postleitzahl/Ort:
	Telefon:
	Notfallnummer:
	E-Mail-Adresse:
Ggf. Heiminfusionsanbieter/ durchführende medizinische Fachkraft	Name Heiminfusionsanbieter/ ambulanter Pflegedienst:
	Name medizinische Fachkraft:
	Kontaktdaten:
	E-Mail-Adresse:
	Telefon:
Apotheke	Name:
	Ansprechpartner:
	Adresse:
	E-Mail Adresse:
	Telefon:

II. Unterschriften

Patient über Maßnahmen und Risiken der Heiminfusion aufgeklärt:

Unterschrift Arzt

Patient mit Heiminfusion einverstanden:

Unterschrift Patient und/oder gesetzlicher Vertreter

III. Administrative Einzelheiten

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Imiglucerase wird angewendet seit	Datum (TT-MM-JJJJ)
Erste Imiglucerase-Infusion zu Hause	Datum (TT-MM-JJJJ)
Patient/ggf. Betreuungsperson über Maßnahmen und Risiken der Heiminfusion aufgeklärt und geschult	Datum (TT-MM-JJJJ)
Medizinisches Fachpersonal für Heiminfusion geschult	Datum (TT-MM-JJJJ) Schulender:
Vereinbarter ärztlicher Unterstützungsbedarf für den Patient durch medizinisches Fachpersonal im Rahmen der Heiminfusion	

IV. Ärztliche Verordnung

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Dosisschema für Imiglucerase Datum (TT-MM-JJJJ):	
Gewicht des Patienten:	
Dosierung:	
Infusionsintervall:	
Zu infundierende Gesamtdosis pro Infusion:	
Benötigtes Volumen der rekonstituierten Imiglucerase-Lösung (ml) (entspricht dem Volumen, welches in Summe aller rekonstituierten Durchstechfläschchen [mit je 10 ml zur Entnahme] hergestellt werden muss)	
Gesamtvolumen der verdünnten Lösung im Infusionsbeutel (ml):	
Infusionsrate:	
Medikamentöse Vorbehandlung (falls zutreffend) mit Dosierung und Art der Anwendung:	

V. Änderung der ärztlichen Verordnung

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Dosisschema für Imiglucerase Datum (TT-MM-JJJJ):	
Gewicht des Patienten:	
Dosierung:	
Infusionsintervall:	
Zu infundierende Gesamtdosis pro Infusion:	
Benötigtes Volumen der rekonstitu- ierten Imiglucerase-Lösung (ml)	
Gesamtvolumen der verdünnten Lösung im Infusionsbeutel (ml):	
Infusionsrate:	
Medikamentöse Vorbehandlung (falls zutreffend) mit Dosierung und Art der Anwendung:	

VI. Notfallplan beim Auftreten einer schwerwiegenden Nebenwirkung

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Notfallnummer: _____

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

Weitere Maßnahmen:

VII. Daten zur Infusion

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft bzw. vom Patienten und/oder seiner Betreuungsperson auszufüllen)
Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patienten-Tagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Mit welcher Geschwindigkeit wurde infundiert (=Infusionsrate)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: (einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: (einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

Infusionsdaten	
Bitte füllen Sie diesen Teil vor der eigentlichen Infusion aus:	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Wie geht es Ihnen? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	
Ihre heutige Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Chargen-/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (nur bei Auftreten von Nebenwirkungen zur Nachverfolgbarkeit zu dokumentieren):	
Ihr benötigtes Volumen der Imiglucerase-Lösung (ml):	
Das Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Bitte füllen Sie diesen Teil nach der eigentlichen Infusion aus:	
Wie lang dauerte die Infusion (=Infusionsdauer)?	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ____ Nein ____ Nach der Infusion? Ja ____ Nein ____
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Wie geht es Ihnen nach der Infusion? Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Durch wen wurde die Infusion durchgeführt? Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

VIII. Nachbestellung Therapie-Tagebuch

Falls Sie weitere Exemplare dieses Leitfadens mit Patienten-Tagebuch benötigen, kontaktieren Sie unsere Servicenummer +49 (0) 6867 / 920-5477 oder wenden Sie sich per E-Mail an hotline-qs@kohlpharma.com

Meldung von Nebenwirkungen

Die Meldung von Nebenwirkungen ist von großer Wichtigkeit für eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses von Arzneimitteln. Bitte melden Sie Nebenwirkungen dem

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Abt. Pharmakovigilanz

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3

D-53175 Bonn

<http://www.bfarm.de>

oder dem Parallelvertreiber (siehe Kontaktdaten unten).



Alle Schulungsmaterialien für Patienten zu Imiglucerase (Leitfaden für die sichere Anwendung einer Heiminfusion – Patienten/ggf. Betreuungsperson mit Patienten-Tagebuch, Leitfaden für Patienten zur Zubereitung von Cerezyme) sind auch online durch Scannen des QR-Codes oder über www.kohlpharma.com/downloadbereich/ verfügbar.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an den Parallelvertreiber:

E-Mail: hotline-qs@kohlpharma.com

Tel.: +49(0)6867/920-5477