



Heiminfusion mit Fabrazyme®

Therapie-Tagebuch für Patienten
mit Morbus Fabry, die eine
Heiminfusion mit Fabrazyme® erhalten

Allgemeine Daten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Patient

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Telefon:

Allgemeine Daten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Behandelnder Arzt

Name:

Krankenhaus/Praxis:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Telefon:

Notfallnummer:

Allgemeine Daten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Apotheke

Name:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

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

Ärztliche Verordnung

Dosisschema für Fabrazyme® Datum (TT-MM-JJJJ):	
<i>Alter des Patienten</i>	
<i>Gewicht des Patienten</i>	
<i>Zu infundierende Gesamtdosis pro Infusion ([mg Fabrazyme® pro kg Körpergewicht] x Körpergewicht in kg)</i>	
<i>Infusionsintervall</i>	
<i>Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-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 Fabrazyme® Datum (TT-MM-JJJJ):	
<i>Alter des Patienten</i>	
<i>Gewicht des Patienten</i>	
<i>Zu infundierende Gesamtdosis pro Infusion ([mg Fabrazyme® pro kg Körpergewicht] x Körpergewicht in kg)</i>	
<i>Infusionsintervall</i>	
<i>Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-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 infusionsbedingten Reaktion

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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusions Sitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusions Sitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusions Sitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusions Sitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusionsitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusions Sitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Infusions Sitzung 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
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg
Durchstechfläschchen*

*Benötigtes Volumen der aufgelösten
Fabrazyme®-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 Therapietagebuch

Falls Sie weitere Exemplare des Therapietagebuches benötigen, kontaktieren Sie unsere kostenfreie Servicenummer **0800 04 36 996** oder wenden Sie sich per E-mail an **medinfo.de@sanofi.com**

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
medinfo.de@sanofi.com
Tel.: 0800 04 36 996

Version 2 (Stand: Januar 2018)

