



BEHANDLUNGS- TAGEBUCH

für Fentanyl Ribosepharm-Patienten

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

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

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

Einleitung

Warum soll ich ein Behandlungstagebuch führen?

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

Aufzeichnung Ihrer Durchbruchschmerzen

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

Wie Sie die Stärke Ihrer Schmerzen aufzeichnen, wird auf Seite 5 erläutert.

Angaben zu Ihrer Person

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Mein Arzt

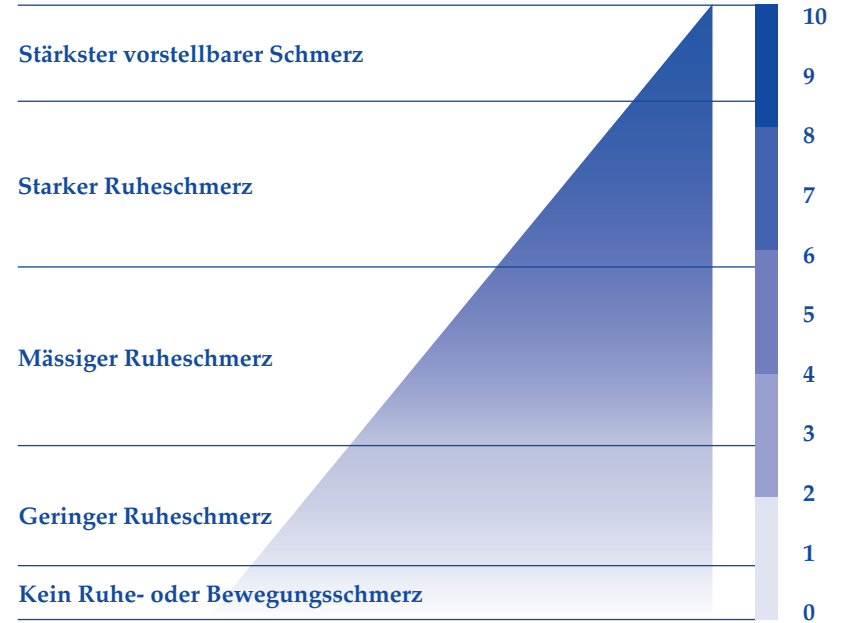
Name: _____

Name der Praxis: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Wie stark sind Ihre Schmerzen?



Bewerten und notieren Sie regelmäßig die Stärke Ihrer Durchbruchschmerzen (0-10).

So kann Ihre Schmerzstärke über die Zeit beurteilt werden.

So füllen Sie Ihr Behandlungstagebuch für Fentanyl Ribosepharm aus (Beispiel):

| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? | Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Wie stark war der Schmerz? | Wo trat der Schmerz auf? | Bitte beschreiben Sie den Schmerz: | Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben? | Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten? | Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm? |
|--|---|--|---|--|---|---|---|
| Datum/Uhrzeit <u>02.04.2020</u> <u>13.30 Uhr</u> <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein | 0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz | | <input checked="" type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input checked="" type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input checked="" type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg | 15 Minuten | <input checked="" type="checkbox"/> kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz |
| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Name <u>Morphin Retardtabletten</u> Dosis <u>60 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input checked="" type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | Name <u>Diclofenac Retardtabletten</u> Dosis <u>100 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | _____ _____ _____ _____ _____ | | | | |

Notizen:

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

Behandlungstagebuch Fentanyl Ribosepharm Lutschtablette:

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

| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? | Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Wie stark war der Schmerz? | Wo trat der Schmerz auf? | Bitte beschreiben Sie den Schmerz: | Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben? | Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten? | Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm? |
|--|---|--|---|--|---|---|---|
| Datum/Uhrzeit <u>02.04.2020</u> <u>13.30 Uhr</u> <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein | 0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz | | <input checked="" type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input checked="" type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input checked="" type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg | 15 Minuten | <input checked="" type="checkbox"/> kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz |
| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Name <u>Morphin Retardtabletten</u> Dosis <u>60 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input checked="" type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | Name <u>Diclofenac Retardtabletten</u> Dosis <u>100 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | _____ _____ _____ _____ _____ | | | | |

Notizen:

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

Behandlungstagebuch Fentanyl Ribosepharm Lutschtablette:

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

| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? | Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Wie stark war der Schmerz? | Wo trat der Schmerz auf? | Bitte beschreiben Sie den Schmerz: | Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben? | Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten? | Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm? |
|--|---|--|---|--|---|---|---|
| Datum/Uhrzeit <u>02.04.2020</u> <u>13.30 Uhr</u> <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein | 0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz | | <input checked="" type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input checked="" type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input checked="" type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg | 15 Minuten | <input checked="" type="checkbox"/> kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz |
| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Name <u>Morphin Retardtabletten</u> Dosis <u>60 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input checked="" type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | Name <u>Diclofenac Retardtabletten</u> Dosis <u>100 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | _____ _____ _____ _____ _____ | | | | |

Notizen:

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

Behandlungstagebuch Fentanyl Ribosepharm Lutschtablette:

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

| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? | Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Wie stark war der Schmerz? | Wo trat der Schmerz auf? | Bitte beschreiben Sie den Schmerz: | Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben? | Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten? | Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm? |
|--|---|--|---|--|---|---|---|
| Datum/Uhrzeit <u>02.04.2020</u> <u>13.30 Uhr</u> <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein | 0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz | | <input checked="" type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input checked="" type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input checked="" type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg | 15 Minuten | <input checked="" type="checkbox"/> kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz |
| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Name <u>Morphin Retardtabletten</u> Dosis <u>60 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input checked="" type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | Name <u>Diclofenac Retardtabletten</u> Dosis <u>100 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | _____ _____ _____ _____ _____ | | | | |

Notizen:

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

Behandlungstagebuch Fentanyl Ribosepharm Lutschtablette:

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

| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? | Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Wie stark war der Schmerz? | Wo trat der Schmerz auf? | Bitte beschreiben Sie den Schmerz: | Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben? | Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten? | Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm? |
|--|---|--|---|--|---|---|---|
| Datum/Uhrzeit <u>02.04.2020</u> <u>13.30 Uhr</u> <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein | 0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz | | <input checked="" type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input checked="" type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input checked="" type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg | 15 Minuten | <input checked="" type="checkbox"/> kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz |
| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Name <u>Morphin Retardtabletten</u> Dosis <u>60 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input checked="" type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | Name <u>Diclofenac Retardtabletten</u> Dosis <u>100 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | _____ _____ _____ _____ _____ | | | | |

Notizen:

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

Behandlungstagebuch Fentanyl Ribosepharm Lutschtablette:

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

| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? | Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Wie stark war der Schmerz? | Wo trat der Schmerz auf? | Bitte beschreiben Sie den Schmerz: | Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben? | Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten? | Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm? |
|--|---|--|----------------------------------|--|---|---|---|
| Datum/Uhrzeit <u>02.04.2020</u> <u>13.30 Uhr</u> <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein | 0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz | | <input checked="" type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input checked="" type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input checked="" type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg | 15 Minuten | <input checked="" type="checkbox"/> kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz |
| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Name <u>Morphin Retardtabletten</u> Dosis <u>60 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input checked="" type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | Name <u>Diclofenac Retardtabletten</u> Dosis <u>100 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | _____ _____ _____ _____ | | | | |

Notizen:

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

Behandlungstagebuch Fentanyl Ribosepharm Lutschtablette:

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

| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? | Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Wie stark war der Schmerz? | Wo trat der Schmerz auf? | Bitte beschreiben Sie den Schmerz: | Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben? | Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten? | Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm? |
|--|---|--|---|--|---|---|---|
| Datum/Uhrzeit <u>02.04.2020</u> <u>13.30 Uhr</u> <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein | 0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz | | <input checked="" type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input checked="" type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input checked="" type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg | 15 Minuten | <input checked="" type="checkbox"/> kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz |
| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Name <u>Morphin Retardtabletten</u> Dosis <u>60 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input checked="" type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | Name <u>Diclofenac Retardtabletten</u> Dosis <u>100 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | _____ _____ _____ _____ _____ | | | | |

Notizen:

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

Behandlungstagebuch Fentanyl Ribosepharm Lutschtablette:

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

| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? | Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Wie stark war der Schmerz? | Wo trat der Schmerz auf? | Bitte beschreiben Sie den Schmerz: | Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben? | Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten? | Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm? |
|--|---|--|---|--|---|---|---|
| Datum/Uhrzeit <u>02.04.2020</u> <u>13.30 Uhr</u> <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein | 0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz | | <input checked="" type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input checked="" type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input checked="" type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg | 15 Minuten | <input checked="" type="checkbox"/> kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz |
| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Name <u>Morphin Retardtabletten</u> Dosis <u>60 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input checked="" type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | Name <u>Diclofenac Retardtabletten</u> Dosis <u>100 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | _____ _____ _____ _____ _____ | | | | |

Notizen:

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

Behandlungstagebuch Fentanyl Ribosepharm Lutschtablette:

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

| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? | Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Wie stark war der Schmerz? | Wo trat der Schmerz auf? | Bitte beschreiben Sie den Schmerz: | Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben? | Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten? | Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm? |
|--|---|--|---|--|---|---|---|
| Datum/Uhrzeit <u>02.04.2020</u> <u>13.30 Uhr</u> <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein | 0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz | | <input checked="" type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input checked="" type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input checked="" type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg | 15 Minuten | <input checked="" type="checkbox"/> kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz |
| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Name <u>Morphin Retardtabletten</u> Dosis <u>60 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input checked="" type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | Name <u>Diclofenac Retardtabletten</u> Dosis <u>100 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | _____ _____ _____ _____ _____ | | | | |

Notizen:

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

Behandlungstagebuch Fentanyl Ribosepharm Lutschtablette:

Welches Arzneimittel wenden Sie zur Behandlung Ihrer Dauerschmerzen an?

| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? | Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Wie stark war der Schmerz? | Wo trat der Schmerz auf? | Bitte beschreiben Sie den Schmerz: | Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben? | Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten? | Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm? |
|--|---|--|---|--|---|---|---|
| Datum/Uhrzeit <u>02.04.2020</u> <u>13.30 Uhr</u> <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag | <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein | 0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz | | <input checked="" type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input checked="" type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input checked="" type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg | 15 Minuten | <input checked="" type="checkbox"/> kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz |
| An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten? Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz? | Name <u>Morphin Retardtabletten</u> Dosis <u>60 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input checked="" type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | Name <u>Diclofenac Retardtabletten</u> Dosis <u>100 mg</u> <input checked="" type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts | _____ _____ _____ _____ _____ | | | | |

Notizen:

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

Dieses Schmerztagebuch und eine Informationsbroschüre für Patienten sind erhältlich bei Hikma Pharma GmbH, Lochhamer Str. 13, Martinsried
Fax: 089 45450 566 oder auf www.ribosepharm.de/durchbruchschmerz.htm und auf der BfArM-Webseite www.bfarm.de/schulungsmaterial

Erstellungsdatum:
18.05.2020

Dieses Behandlungstagebuch wurden Ihnen überreicht von:

