



Mein Patiententagebuch

Dieses Patiententagebuch wurde als Teil der Zulassungsaufgaben zu Effentora® erstellt. Im Rahmen des Risikomanagementplans wurden über die Routinemaßnahmen hinaus zusätzliche risikominimierende Maßnahmen mit der Zulassung des Arzneimittels beauftragt, um das Risiko der unsachgemäßen Verwendung, des Missbrauchs und der Weitergabe an Unbefugte zu reduzieren und das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Effentora® zu erhöhen. Dieses Patiententagebuch ist damit verpflichtender Teil der Zulassung, um sicherzustellen, dass Patienten die besonderen Sicherheitsanforderungen kennen und berücksichtigen.

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

Liebe Patientin, lieber Patient!

Oberstes Ziel einer jeden Schmerztherapie sollte die Verbesserung Ihrer Lebensqualität sein. Neben den in der Regel gut zu lindernden Dauerschmerzen können Schmerzspitzen, sogenannte Durchbruchschmerzen, auftreten. Auch bei Durchbruchschmerzen ist es wichtig, zusammen mit Ihrer behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt eine optimale Therapie für Sie zu finden. Dieser Schmerzkalendar soll Ihnen helfen, den Verlauf Ihrer Schmerzen zu beurteilen und schriftlich festzuhalten. Mit Hilfe dieser Angaben können Sie und Ihr Arzt leichter beurteilen, wie Sie auf die Schmerzmedikation ansprechen und diese, wenn notwendig, anpassen.

Bringen Sie dazu bitte den Schmerzkalendar mit Ihren Eintragungen zu jedem Arztbesuch mit.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____

Wenn ich Hilfe benötige, bitte

Name

_____ **anrufen.**

Telefonnummer

Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Adresse / Arztstempel

Medikamente, die ich regelmäßig einnehme:

Bitte zusammen mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ausfüllen.

Medikament	Dosierung	Einnahme (Bitte Uhrzeit eintragen)					Wirkung
		morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts	

Anmerkungen

Medikamente, die ich bei Bedarf einnehme:

Bitte zusammen mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt ausfüllen.

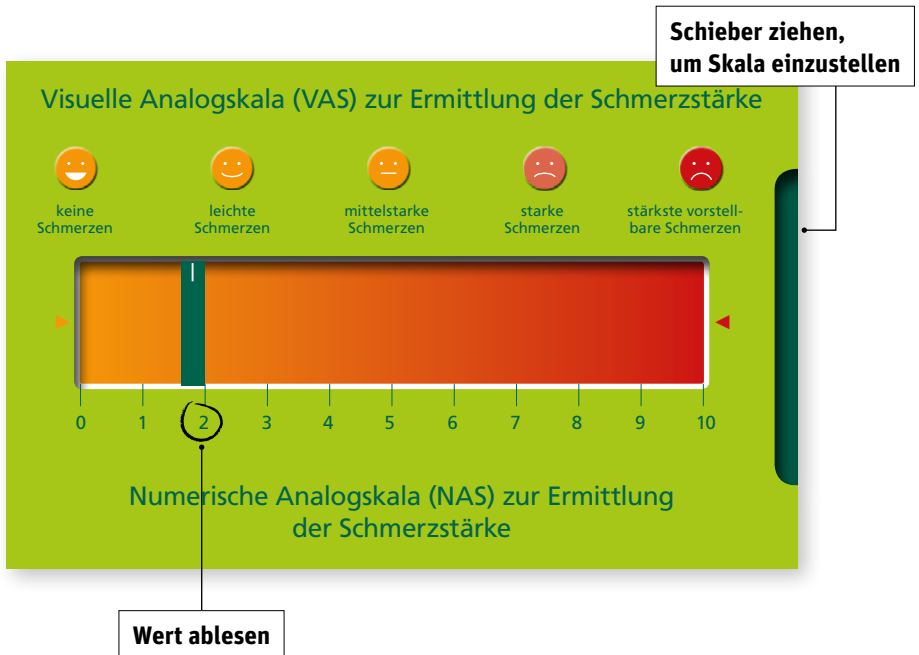
Medikament	Einnahme und Wirkung
Medikament A	
Medikament B	
Sonstige	

Anmerkungen

Hinweis

Bitte folgen Sie den Therapieempfehlungen Ihrer Ärztin / Ihres Arztes und verändern Sie nicht eigenmächtig die Dosierung Ihrer Medikamente, ohne dies mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt zu besprechen. Beenden Sie die Schmerztherapie nicht ohne Rücksprache mit Ihrer behandelnden Ärztin / Ihrem behandelnden Arzt.

Um die Stärke Ihrer Schmerzen zu messen, bewegen Sie den Schieber Ihrer Schmerzskala zwischen **keine Schmerzen** und **stärkste vorstellbare Schmerzen** auf die Position, die Ihrer persönlichen Wahrnehmung entspricht. Dann einfach den Wert ablesen und in Ihr Tagebuch eintragen.



Dauerschmerz

Schmerzspitzen

Datum eintragen

Tag 1 *01.08.15*

Tag 1 *01.08.15*

Tageszeit	morgens	mittags	abends
😊	1	1	1
↑	2	2	2
↑	3	3	3
↑	4	4	4
↑	5	5	5
↑	6	6	6
↑	7	7	7
↓	8	8	8
↓	9	9	9
☹️	10	10	10

Schmerzstärke markieren

Tagesaktivitäten	😊	☒	☹️
Wohlbefinden	☒	😊	☹️
Stuhlgang	😊	☒	☹️
Schlaf	☒	😊	☹️
Übelkeit	😊	☒	☹️

Einteilung in gut, mittel und schlecht

Bemerkungen:

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Uhrzeit *11:18:30*

Dauer (Min.) *18:45*


Dauer und Zeitpunkt notieren

😊	1	1	1	1	1
↑	2	2	2	2	2
↑	3	3	3	3	3
↑	4	4	4	4	4
↑	5	5	5	5	5
↑	6	6	6	6	6
↑	7	7	7	7	7
↑	8	8	8	8	8
↑	9	9	9	9	9
↓	10	10	10	10	10






















Behandlung					
Medikament A					
Medikament B					
keine					
Besserung	ja	😊	😊	😊	😊
etwas	☒	☒	☒	☒	☒
nein	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️

Bemerkungen

Schmerzstärke markieren

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
Uhrzeit	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Dauer (Min.)							
	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1
	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2
	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3
	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4
	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5
	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6
	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7
	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8
	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9
	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10



Behandlung	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
Medikament A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung ja							
etwas							
nein							
Bemerkungen							

Tag 1 _____.20 Tag 2 _____.20 Tag 3 _____.20 Tag 4 _____.20 Tag 5 _____.20 Tag 6 _____.20 Tag 7 _____.20

1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5																														
1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10

Uhrzeit
 Dauer (Min.)
 ← →

Behandlung

Medikament A

Medikament B

keine



Besserung

ja

etwas

nein

Bemerkungen

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
Uhrzeit	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Dauer (Min.)	1 1 1 1 1	2 2 2 2 2	3 3 3 3 3	4 4 4 4 4	5 5 5 5 5	6 6 6 6 6	7 7 7 7 7
	1 1 1 1 1	2 2 2 2 2	3 3 3 3 3	4 4 4 4 4	5 5 5 5 5	6 6 6 6 6	7 7 7 7 7
	8 8 8 8 8	9 9 9 9 9	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10




Behandlung


Medikament A


Medikament B

keine



Besserung


ja 

etwas 

nein 

Bemerkungen

	Tag 1 ____:____:20	Tag 2 ____:____:20	Tag 3 ____:____:20	Tag 4 ____:____:20	Tag 5 ____:____:20	Tag 6 ____:____:20	Tag 7 ____:____:20
Uhrzeit	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Dauer (Min.)	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1
	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2
	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3
	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4
	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5
	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6
	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7
	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8
	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9
	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10

Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen

Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1
2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2
3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3
4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4
5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5
6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6
7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7
8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8
9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9
10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10

Uhrzeit

Dauer (Min.)



Behandlung

Medikament A

Medikament B

keine



Besserung ja 😊 etwas 😐 nein 😞

Bemerkungen

Tag 1 ___:___:20 Tag 2 ___:___:20 Tag 3 ___:___:20 Tag 4 ___:___:20 Tag 5 ___:___:20 Tag 6 ___:___:20 Tag 7 ___:___:20

Uhrzeit	Dauer (Min.)	😊	↔	☹️	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Medikament A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Medikament B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Besserung	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
etwas	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
nein	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️
Bemerkungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
Uhrzeit	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Dauer (Min.)	1 1 1 1 1	2 2 2 2 2	3 3 3 3 3	4 4 4 4 4	5 5 5 5 5	6 6 6 6 6	7 7 7 7 7
	1 1 1 1 1	2 2 2 2 2	3 3 3 3 3	4 4 4 4 4	5 5 5 5 5	6 6 6 6 6	7 7 7 7 7
	8 8 8 8 8	9 9 9 9 9	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10



Behandlung

Medikament A

Medikament B

keine

Besserung

ja

etwas

nein

Bemerkungen

Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1
2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2	2 2 2 2 2
3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3	3 3 3 3 3
4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4	4 4 4 4 4
5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5	5 5 5 5 5
6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6	6 6 6 6 6
7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7	7 7 7 7 7
8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8	8 8 8 8 8
9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9	9 9 9 9 9
10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10	10 10 10 10 10

Uhrzeit: _____

Dauer (Min.): _____

Behandlung

Medikament A

Medikament B

keine

Besserung ja

etwas

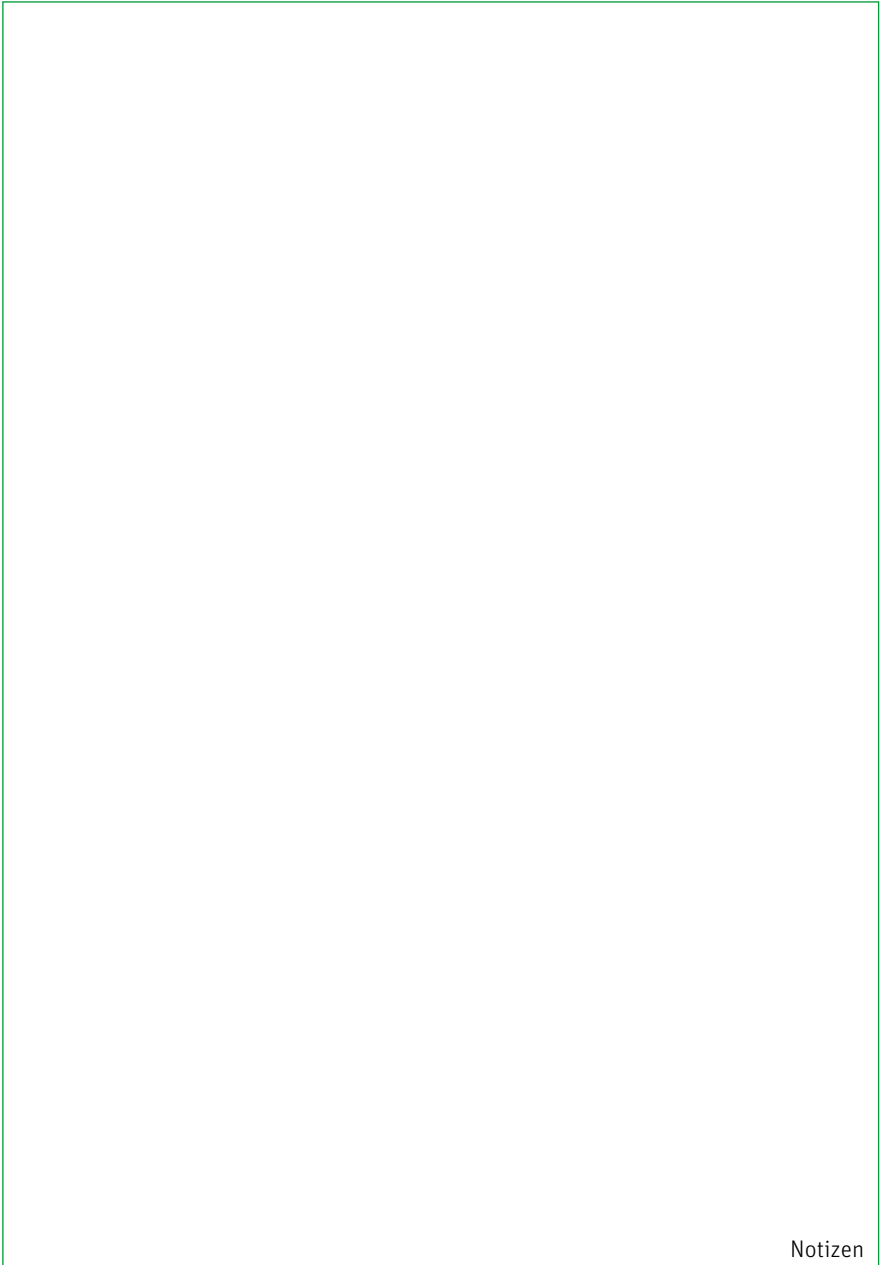
nein

Bemerkungen

Weitere Medikamente, Notizen...

Notizen

Notizen



Notizen

Notizen



**Schmerztherapie.
Gemeinsam effektiv!**

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

