



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 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*

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

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*

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*

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 Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

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

Dosis

*Anzahl der verwendeten 5 mg
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*

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 Infusionssitzung aus

Infusionsdaten

Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)

Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten

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

Dosis

*Anzahl der verwendeten 5 mg
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*

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

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*

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*

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*

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)

