

2023

Therapiekalender
Календар терапії



Januar	Січень	Februar	Лютий	März	Березень	April	Квітень
Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд
M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S
1	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12	13 14 15 16 17 18 19	20 21 22 23 24 25 26	27 28	29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Mai	Травень	Juni	Червень	Juli	Липень	August	Серпень
Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд
M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

September	Вересень	Oktober	Жовтень	November	Листопад	Dezember	Грудень
Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд
M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Januar	Січень	Februar	Лютий	März	Березень	April	Квітень
Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд
M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Mai	Травень	Juni	Червень	Juli	Липень	August	Серпень
Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд
M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

September	Вересень	Oktober	Жовтень	November	Листопад	Dezember	Грудень
Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд	Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд
M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S	M D M D F S S
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Persönliche Daten / Персональні дані

Hämostasezentrum / Центр лікування гемофілії

Name / Назва: _____

Adresse / Адреса: _____

Telefon / Телефон: _____

Patient / Пацієнт

Name / П. І. Б.: _____

Adresse / Адреса: _____

Telefon / Телефон: _____

Art der Gerinnungsstörung / Вид порушення коагуляції: _____

Restaktivität (in %) / Залишкова активність (у %): _____

Therapie / Терапія: ☐ Behandlung bei Bedarf / лікування за необхідності

☐ Prophylaxe / профілактика

Hemmkörper (in BE) / Інгібітори (в аналізі крові): _____ Datum / Дата: _____

Präparat / Препарат: _____

Hausarzt / Сімейний лікар

Name / П. І. Б.: _____

Adresse / Адреса: _____

Telefon / Телефон: _____

Im Notfall zu benachrichtigen / В екстрених випадках повідомити

Name / П. І. Б.: _____

Adresse / Адреса: _____

Telefon / Телефон: _____

Lieber Patient, liebe Patientin!

Шановні пацієнти!

Warum sollten Sie Ihre Therapie sorgfältig dokumentieren?

Чому Вам необхідно ретельно документувати свою терапію?

Die folgenden Informationen sollten bei Besuchen beim Hämostaseologen griffbereit sein:
Під час візитів до лікаря-гемостазиолога має бути доступна така інформація:

- Produktname, Zeit, Menge, Chargennummer des verabreichten Gerinnungskonzentrats
назва препарату, час, кількість, серія введеного коагуляційного концентрату;
- Anlass zur Substitution (Prophylaxe, Blutung etc.)
привід для застосування замісної терапії (профілактика, кровотеча тощо);
- Details zu Blutungen
інформація щодо кровотеч.

Die genaue Dokumentation erleichtert Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt darüber hinaus die Beurteilung Ihrer Behandlung. Beispielsweise können eine erhöhte Blutungsfrequenz oder die veränderte Behandlungsdauer eines Blutungsereignisses auf eine notwendige Dosierungsänderung hinweisen.

Точне документування допоможе Вам і Вашому лікарю оцінити Вашу терапію. Наприклад, збільшення частоти виникнення кровотеч або змінена тривалість лікування кровотечі може вказувати на необхідність зміни дозування.

Weiterhin unterstützen Sie Ihr Zentrum bei der gesetzlichen Meldepflicht nach dem Transfusionsgesetz (§§ 14; 21) und dem Einpflegen in das Deutsche Hämophileregister (DHR*). Auf jeder Kalenderseite findet sich unten die Möglichkeit, Behandlungstage und Einheiten aufzusummieren. Darüber hinaus benötigt Ihr Zentrum für die Meldung an das DHR noch folgende Angaben: die Anzahl der Blutungen und die Anzahl der Tage, die Sie stationär verbracht haben. Wichtig ist, dass auch Substitutionen, die stationär, bei ambulanten Eingriffen oder auch bei Auslandsaufenthalten verabreicht wurden mit dokumentiert werden. Kreuzen Sie dies entsprechend an und vermerken Details bei „Bemerkungen“. Auch die Erfassung der Fehltag, die durch Ihre Blutungsneigung bedingt sind, ist hilfreich.

Крім того, таким чином Ви допомагаєте своєму центру виконувати юридичне зобов'язання про надання звітів відповідно до Закону про переливання крові (Transfusionsgesetz §§ 14; 21) і веденню обліку в Німецькому реєстрі гемофілії (DHR*). На кожній сторінці календаря внизу є поля, у які слід ввести кількість днів лікування або одиниць.

Крім того, Вашому центру для надання в DHR потрібна така інформація: кількість випадків виникнення кровотечі та кількість днів, які ви провели в лікарні. Також важливо задокументувати інформацію про замісну терапію, яка проводилася у стаціонарі, під час амбулаторних процедур або під час перебування за кордоном. Позначте хрестиком відповідний пункт та занотуйте детальну інформацію у графі «Примітки». Також корисно записувати дні, пропущені через Вашу схильність до кровотеч.

Wie sollten Sie dieses Tagebuch benutzen?

Яким чином Ви повинні використовувати цей щоденник?

Damit keine Informationen verloren gehen, sollten Sie diese unmittelbar nach jeder Substitution in dieses Tagebuch eintragen. Auch beim Arzt oder im Krankenhaus verabreichte Substitutionen sollten in den Kalender eingetragen werden.

Щоб не втратити інформацію, її слід заносити в цей щоденник одразу після застосування замісної терапії. Замісну терапію, проведену лікарем або в лікарні, також слід вносити в календар.

Tragen Sie bei jeder Substitution die folgenden Daten in die dafür vorgesehenen Spalten ein (siehe auch Musterseiten auf den folgenden Blättern).

Дані по кожній замісній терапії вносьте у відповідних стовпцях (див. також зразки сторінок на наступних аркушах).

*Die Meldung an das DHR durch Ihr Zentrum erfolgt nur mit Ihrem Einverständnis. Nähere Informationen hat Ihr Zentrum, bzw. finden Sie unter www.pei.de/dhr

*Ваш центр звітуватиме перед DHR лише за Вашої згоди. Детальнішу інформацію можна дізнатися у Вашому центрі, також Ви можете знайти її за посиланням www.pei.de/dhr

Aus Gründen der Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen die männliche Form gewählt, es ist jedoch immer auch die weibliche Form gemeint.

Для зручності в документі використовується особа чоловічої статі, проте завжди мається на увазі також особа жіночої статі.

■ **Uhrzeit:** Tragen Sie hier den genauen Zeitpunkt der Injektion ein.

Час: тут зазначте точний час введення ін'єкції.

■ **Menge:** Die insgesamt bei einer Injektion verabreichte Menge (Einheiten) soll hier vermerkt werden. Die Präparatемenge, die Sie für Ihre Heimselbstbehandlung bekommen haben, kann auf der hinteren Kalenderseite jeweils aufgelistet werden.

Кількість: тут слід зазначити загальну кількість (одиниці), введену за одну ін'єкцію. Кількість препаратів, які ви отримали для самолікування вдома, можна вказати на зворотній сторінці календаря.

■ **Chargennummer:** Verwenden Sie die dafür auf der Verpackung bzw. Konzentratflasche aufgebrachten Dokumentationsetiketten.

Серія: використовуйте номер на етикетці, прикріпленій до упаковки або пляшки з концентратом.

■ **Verabreicht von:** Vermerken Sie mit einem Kreuz, ob die Injektion von Ihnen oder im Zentrum, bei einer ambulanten Behandlung außerhalb (z. B. Zahnarzt oder auch auf Reisen), oder während eines stationären Aufenthalts verabreicht wurde.

Введено: позначте хрестиком, чи була ін'єкція зроблена Вами особисто, в центрі, під час амбулаторного лікування в іншому медичному закладі (наприклад, у стоматолога або під час подорожі) чи під час перебування в стаціонарі.

■ **Anlass:** Vermerken Sie mit einem Kreuz, ob die Injektion für Prophylaxe, zur Blutungsbehandlung oder für einen operativen Eingriff verabreicht wurde. Ob eine Blutung spontan auftrat, oder durch Sturz, Stoß, Verletzung oder Unfall („traumatisch“) verursacht wurde, ist ebenfalls von Interesse.

Привід: позначте хрестиком, чи була ін'єкція зроблена для профілактики, для лікування кровотечі або для проведення хірургічної операції. Також важливо, чи виникла кровотеча спонтанно, чи була спричинена падінням, ударом, травмою чи нещасним випадком («кровотеча внаслідок травми»).

■ **Blutungsort:** Kreuzen Sie das entsprechende Feld an. Bei Blutungen an anderen Orten (z. B. Muskel, Niere) tragen Sie den Ort unter Bemerkungen ein.

Місце кровотечі: позначте хрестиком відповідне поле. При виникненні кровотечі в інших місцях (наприклад, м'язи, нирка) зазначте це місце у графі «Примітки».

■ **Fehltag:** Kennzeichnen Sie hier mit einem Kreuz, ob Sie aufgrund Ihrer Blutungsneigung nicht zur Arbeit/Schule/Ausbildung gehen konnten.

Пропущені дні: позначте хрестиком, чи пропускали Ви роботу/навчання через схильність до кровотеч.

■ **Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution:** Geben Sie die Zeit an, die zwischen Blutungsbeginn und Substitution vergangen ist (in Minuten).

Час від початку кровотечі до замісної терапії: введіть час, що минув від початку кровотечі до отримання замісної терапії (у хвилинах).

■ **Bemerkungen:** Neben zusätzlichen Informationen zum Blutungsort können Sie hier auch Angaben zu sonstigen Erkrankungen oder ggf. aufgetretenen Unverträglichkeiten, anderen verabreichten Medikamenten usw. machen. Sollten Sie neben der Heimselbstbehandlung oder der Behandlung im Zentrum woanders Ihr Gerinnungsfaktorkonzentrat gespritzt bekommen, lassen Sie sich die Informationen zu Menge und Chargennummer geben und notieren Sie Details hier.

Примітки: окрім додаткової інформації щодо місця виникнення кровотечі, Ви також можете надати інформацію про інші захворювання чи будь-яку непереносимість, яка могла виникнути, інші призначені препарати тощо. Якщо окрім самостійного введення концентрату фактора згортання крові вдома або під час лікування в центрі, Ви отримали препарат деінде, запитайте інформацію. - вам його було введено в лікувальному закладі чи в іншому місці, запитайте інформацію про кількість та серійний номер партії, та зазначте її тут/ в щоденнику.

Januar / Січень 2023				Anlass (X) Привід				
Präparat / Препарат: _____								
Datum Дата	Uhrzeit Час	Einheiten Одиниці	Chargennummer Abreibetikett Відбивна етикетка з номером серії	Blutung spontan Кровотеча спонтанна	Blutung traumatisch Кровотеча внаслідок травми	Operation Операція	Sonstiger Інше	Prophylaxe Профілактика
1. So / Нд								
2. Mo / Пн								
3. Di / Вт								
4. Mi / Ср								
5. Do / Чт								
6. Fr / Пт								
7. Sa / Сб								
8. So / Нд								
9. Mo / Пн								
10. Di / Вт								
11. Mi / Ср								
12. Do / Чт								
13. Fr / Пт								
14. Sa / Сб								
15. So / Нд								
16. Mo / Пн								
Zwischensummen für Meldung an DHR Проміжні кількості для звітності в DHR								
		Gesamtsumme Einheiten Загальна кількість одиниць	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою				

[illegible]

Januar / Січень 2023

Präparat / Препарат: _____

Anlass (X)

Привід

Verabreicht
von/wo (X)
Введено (ким/де)

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Körpergewicht / Маса тіла

kg / кг

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Abgleichsetzt
Дата	Час	Одиниці	Відбивна етикетка з номером серії

Blutung spontan Кровотеча спонтанна	Blutung traumat. Кровотеча внаслідок травми	Operation Операція	Sonstiger Інше	Prophylaxe Профілактика
--	--	-----------------------	-------------------	----------------------------

Patient / Zentrum	
Пациент/центр	
ambulant extern Амбулаторно в інш. мед. закладі	
stationär	
Стационарно	
pp Sprunggelenk	
Надг'яко- гомілковий суглоб	
pp Knie	
Коліно	
ll Ellenbogen	
Лікоть	
Anderer Innere	
Fehltage aufgrund Hämophilie/VWS Дні, пропущені через гемотранфузії	
Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)	
Час від початку кровотечі до замісної терапії (хв)	

Bemerkungen
Примітки

[illegible]

Februar / Лютий 2023

Präparat / Препарат: _____

Anlass (X)

Привід

Verabreicht
von/wo (X)
Введено (ким/де)

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Körpergewicht / Маса тіла

kg / кг

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Abreißetikett
Дата	Час	Одиниці	Відривна етикетка з номером серії

Blutung spontan Кровотеча спонтанна	Blutung traumat. Кровотеча внаслідок травми	Operation Операція	Sonstiger Інше	Prophylaxe Профілактика
--	--	-----------------------	-------------------	----------------------------

Patient / Zentrum Пациент/центр	ambulant extern Амбулаторно в інш. мед. закладі
stationär Стационарно	pa pa лі лі
Sprungelenk Наг'яток- вовимковий суглоб	pa pa лі лі
Knie Коліно	pa pa лі лі
Ellenbogen Лікоть	pa pa лі лі
Anderer Інше	
Fehllage aufgrund Hämophilie/VMS Діаг., пропущений через гемофілію/XB	
Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)	
Час від початку кровотеч до змісної терапії (хв)	

Bemerkungen
Примітки

[illegible]

Februar / Лютий 2023

Präparat / Препарат: _____

Anlass (X)

Привід

Verabreicht
von/wo (X)
Введено (ким/де)

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Körpergewicht / Маса тіла

– **kg / кг**

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Abgleichsetzt
Дата	Час	Одиниці	Відривна етикетка з номером серії

Blutung spontan Кровотеча спонтанна	
Blutung traumat. Кровотеча внаслідок травми	
Operation Операція	
Sonstiger Інше	
Prophylaxe Профілактика	

Patient / Zentrum Пациент/Центр	ambulant extern Амбулаторно в інш. мед. закладі	stationär Стационарно	Spunggelenk Надлигт'яко- суглобовий суглоб	Knie Кінь	Kolno Коліно	Ellenbogen Лікоть	Andere Інше	Fehllage aufgrund Hämophilie/VWFS Дні, пропущені через геоморфізм/ХВ	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)	Час від початку кровотечі до замісної терапії (хв)
------------------------------------	---	--------------------------	---	--------------	-----------------	----------------------	----------------	---	---	--

Bemerkungen
Примітки

[illegible]

März / Березень 2023

Präparat / Препарат: _____				Anlass (X) Привід		Verabreicht von/wo (X) Введено (ким/де)		Blutungsart (X) Місце кровотечі				Körpergewicht / Masa тіла _____ kg / кг								
Datum Дата	Uhrzeit Час	Einheiten Одиниці	Chargennummer Abreibetikett Відбивна етикетка з номером серії	Blutung spontan Кровотеча спонтанна	Blutung traumatisch Кровотеча внаслідок травми	Operation Операція	Sonstiger Інше	Prophylaxe Профілактика	Patient / Zentrum Пациєнт/центр	ambulant extern Амбулаторно в інш. мед. закладі	stationär Стационарно	Sprunggelenk Над'яточко- вогнідковий суглоб	Knie re пр	Knie lin лів	Ellenbogen re пр	Ellenbogen lin лів	Anderer Інше	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS Дні, пропущені через гемофілію/ХБ	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min) Час від початку кровотечі до замісної терапії (хв)	Bemerkungen Примітки
1. Mi / Ср																				
2. Do / Чт																				
3. Fr / Пт																				
4. Sa / Сб																				
5. So / Нд																				
6. Mo / Пн																				
7. Di / Вт																				
8. Mi / Ср																				
9. Do / Чт																				
10. Fr / Пт																				
11. Sa / Сб																				
12. So / Нд																				
13. Mo / Пн																				
14. Di / Вт																				
15. Mi / Ср																				
16. Do / Чт																				
Zwischensummen für Meldung an DHR Проміжні кількості для звітності в DHR																			Füllt das Zentrum aus Запов- нюється центром	
		Gesamtsumme Einheiten Загальна кількість одиниць	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою	Gesamtsumme Expositionstage für Prophylaxe Дні застосування при профілак- тиці	Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung Кількість одиниць для лікування за потребою	Summe Einheiten für Prophylaxe Кількість одиниць для профілактики													

März / Березень 2023

März / Березень 2023				Anlass (X) Привід		Verabreicht von/wo (X) Введено (ким/де)		Blutungsart (X) Місце кровотечі				Körpergewicht / Masa тіла								
Präparat / Препарат: _____												_____ kg / кг								
Datum Дата	Uhrzeit Час	Einheiten Одиниці	Chargennummer Abreibetikett Відбивна етикетка з номером серії	Blutung spontan Кровотеча спонтанна	Blutung traumatisch Кровотеча внаслідок травми	Operation Операція	Sonstiger Інше	Prophylaxe Профілактика	Patient / Zentrum Пацієнт/центр	ambulant extern Амбулаторно в інш. мед. закладі	stationär Стационарно	Sprunggelenk Над'яточко- вогнідковий суглоб	Knie re пр	Knie li лів	Ellenbogen re пр	Ellenbogen li лів	Anderer Інше	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS Дні, пропущені через гемофілію/ХБ	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min) Час від початку кровотечі до замісної терапії (хв)	Bemerkungen Примітки
17. Fr / Пт																				
18. Sa / Сб																				
19. So / Нд																				
20. Mo / Пн																				
21. Di / Вт																				
22. Mi / Ср																				
23. Do / Чт																				
24. Fr / Пт																				
25. Sa / Сб																				
26. So / Нд																				
27. Mo / Пн																				
28. Di / Вт																				
29. Mi / Ср																				
30. Do / Чт																				
31. Fr / Пт																				
Zwischensummen für Meldung an DHR Проміжні кількості для звітності в DHR																				Füllt das Zentrum aus Запов- нюється центром
		Gesamtsumme Einheiten Загальна кількість одиниць	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	

Präparat / Препарат: _____

Datum
Дата

Uhrzeit
Час

Einheiten
Одиниці

Chargennummer
Abreibetikett
Відбивна етикетка з номером серії

Anlass (X)
Привід

Blutung spontan
Кровотеча спонтанна

Blutung traumatisch
Кровотеча внаслідок травми

Operation
Операція

Sonstiger
Інше

Prophylaxe
Профілактика

Verabreicht von/wo (X)
Введено (ким/де)

Patient / Zentrum
Пациєнт/центр

ambulant extern
Амбулаторно в інш. мед. закладі

stationär
Стационарно

Sprunggelenk
гє пр

Handgelenk
лі лів

Handgelenk
гє пр

Handgelenk
лі лів

Ellenbogen
гє пр

Lokale
лі лів

Anderer
Інше

Fehltag aufgrund
Hamophilie/VWS
Дні, пропущені через гемофілію/VWS

Zeit zwischen
Blutungsbeginn und
Substitution (min)

Час від початку
кровотечі до замісної
терапії (хв)

Körpergewicht / Masa тіла

_____ kg / кг

Bemerkungen
Примітки

Zwischensummen für
Meldung an DHR
Проміжні кількості для
звітності в DHR

Gesamtsumme
Einheiten
Загальна
кількість
одиниць

Gesamtsumme Expositionstage
(Tage, an denen gespritzt wurde)
Загальна кількість днів засто-
сування (дні, в які вводився
препарат)

Expositionstage für
Bedarfsbehandlung
Дні застосування
при лікуванні за
потребою

Expositionstage
für Prophylaxe
Дні застосування
при профілак-
тиці

Summe Einheiten für
Bedarfsbehandlung
Кількість одиниць для лікування
за потребою

Summe Einheiten für
Prophylaxe
Кількість одиниць для профілактики

Füllt das
Zentrum
aus
Запов-
нюється
центром

Präparat / Препарат: _____

Datum
Дата

Uhrzeit
Час

Einheiten
Одиниці

Chargennummer
Abreibetikett
Відбивна етикетка з номером серії

Anlass (X)
Привід

Blutung spontan
Кровотеча спонтанна

Blutung traumatisch
Кровотеча внаслідок травми

Operation
Операція

Sonstiger
Інше

Prophylaxe
Профілактика

Verabreicht von/wo (X)
Введено (ким/де)

Patient / Zentrum
Пациєнт/центр

ambulant extern
Амбулаторно в інш. мед. закладі

stationär
Стационарно

Sprunggelenk
Надг'ярко-во-гомілковий суглоб

Knie
пр

Knie
лів

Knie
пр

Knie
лів

Ellenbogen
пр

Ellenbogen
лів

Lokale
пр

Lokale
лів

Anderer
Інше

Fehtage aufgrund
Hämophilie/VWS
Дні, пропущені через гемофілію/VWS

Zeit zwischen
Blutungsbeginn und
Substitution (min)

Час від початку кровотечі до замісної терапії (хв)

Bemerkungen
Примітки

Heilige Drei Könige (D, A, CH)
Всесвітній день гемофілії (Німеччина, Австрія, Швейцарія)

Zwischensummen für
Meldung an DHR
Проміжні кількості для звітності в DHR

Gesamtsumme
Einheiten
Загальна кількість одиниць

Gesamtsumme Expositionstage
(Tage, an denen gespritzt wurde)
Загальна кількість днів застосування (дні, в які вводився препарат)

Expositionstage für
Bedarfsbehandlung
Дні застосування при лікуванні за потребою

Expositionstage
für Prophylaxe
Дні застосування при профілактиці

Summe Einheiten für
Bedarfsbehandlung
Кількість одиниць для лікування за потребою

Summe Einheiten für
Prophylaxe
Кількість одиниць для профілактики

Füllt das
Zentrum
aus
Заповнюється центром

Май / Травень 2023

Präparat / Препарат: _____

Anlass (X)
Привід

Verabreicht
von/wo (X)
Введено (ким/де)

Blutungsort (X)
Місце кровотеч

Körpergewicht / Маса тіла

kg / кг

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Відривна етикетка з номером серії
Дата	Час	Одиниці	

lutung spontan	ровотена спонтанна
lutung traumat.	ровотена внаслідок травми
Operation	Операція
onstiger	нше
rophylaxe	профілактика

patient / Zentrum patient/центр	patient extern ambulаторно в інш. мед. закладі	patientär стаціонарно	patient Spurgelenk	patient Над'ято- во-мілий суглоб	patient Knie	patient Koloно	patient Ellenbogen	patient Лікоть	patient anderer нше	patient ertheilte aufgrund Lithophilie/VWS einen, пропущені через еиофільніХВ	patient zeit zwischen Lutungsbeginn und substitution (min)	patient as від початку ровотечі до замісної
------------------------------------	--	--------------------------	-----------------------	---	-----------------	-------------------	-----------------------	-------------------	---------------------------	---	---	---

Bemerkungen
Примітки

[illegible]

Präparat / Препарат: _____

Datum
Дата

Uhrzeit
Час

Einheiten
Одиниці

Chargennummer
Abreibetikett
Відбивна етикетка з номером серії

Anlass (X)
Привід

Blutung spontan
Кровотеча спонтанна

Blutung traumatisch
Кровотеча внаслідок травми

Operation
Операція

Sonstiger
Інше

Prophylaxe
Профілактика

Verabreicht von/wo (X)
Введено (ким/де)

Patient / Zentrum
Пацієнт/центр

ambulant extern
Амбулаторно в інш. мед. закладі

stationär
Стационарно

Sprunggelenk
гє пр

Handgelenk
лі лів

Knie
гє пр

Kolono
лі лів

Ellenbogen
гє пр

Lokot
лі лів

Anderer
Інше

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Fehltag aufgrund
Hamophilie/VWS
Дні, пропущені через гемофілію/VB

Zeit zwischen
Blutungsbeginn und
Substitution (min)

Час від початку
кровотечі до замісної
терапії (хв)

Körpergewicht / Masa тіла

_____ kg / кг

Bemerkungen
Примітки

Christi Himmelfahrt (D, A, CH)
Вознесіння Господнє (Німеччина, Австрія, Швейцарія)

Pfingstsonntag (D, A, CH)
День Святої Трійці (Німеччина, Австрія, Швейцарія)

Pfingstmontag (D, A, CH)
День Святого Духа (Німеччина, Австрія, Швейцарія)

Zwischensummen für
Meldung an DHR
Проміжні кількості для
звітності в DHR

Gesamtsumme
Einheiten
Загальна
кількість
одиниць

Gesamtsumme Expositionstage
(Tage, an denen gespritzt wurde)
Загальна кількість днів засто-
сування (дні, в які вводився
препарат)

Expositionstage für
Bedarfsbehandlung
Дні застосування
при лікуванні за
потребою

Expositionstage
für Prophylaxe
Дні застосування
при профілак-
тиці

Summe Einheiten für
Bedarfsbehandlung
Кількість одиниць для лікування
за потребою

Summe Einheiten für
Prophylaxe
Кількість одиниць для профілактики

Füllt das
Zentrum
aus
Запов-
нюється
центром

Juní / Червень 2023

Präparat / Препарат: _____

Anlass (X Привід

Verabreicht
von/wo (X)
Введено (ким/де

Blutungsort (X)
Місце кровотеч

Körpergewicht / Маса тіла

kg / кг

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Відривна етикетка з номером серії
Дата	Час	Одиниці	

lutung spontan	ровотеча спонтанна
lutung traumat.	ровотеча внаслідок травми
operation	операція
onstiger	нше
orphylaxe	рофілактика

Patient / Zentrum stationär/zentr	ambulante extern ambulatoreio в інш. мед. закладі
Stationär tationär	
тационарно	
С	
Sprungelenk	
Над'яктовоміловий суглоб	
Knie	
Коліно	
Ellenbogen	
Лікоть	
anderer nne	
іншого/їна	
Leichte aufgrund amphile/VWS амфілія/VWS синдрому пропуску через мембрану/XB	
Zeit zwischen utungsbeginn und stitution (min)	
час від початку розовачч до заміснотення (хв)	

Bemerkungen
Примітки

[illegible]

Juní / Червень 2023

Präparat / Препарат: _____

Anlass (X)

Привід

Verabreicht
von/wo (X)
Введено (ким/де)

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Körpergewicht / Маса тіла

kg / кг

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Abgabebettag
Дата	Час	Одиниці	Відривна етикетка з номером серії

lutung spontan рвовотеча спонтанна	lutung traumat. рвовотеча внаслідок равами	Operation Операція	onstinger нше	rophylaxe Профілактика
---------------------------------------	--	-----------------------	------------------	---------------------------

Bemerkungen
Примітки

17. Sa / C6

18. So / Нд

19. Мо / Пн

20. D_i / B_T

21. Mi / Cp

22. Do / ЧТ

23. Fr / ПТ

24. Sa / C6

25. So / Нд

26. Мо / Пн

27. D_i / B_T

28. Mi / Cp

29. Do / 4T

30. Fr / ПТ

Zwischensummen für
Meldung an DHR
Проміжні кількості для
звітності в DHR

Gesamtsumme
Einheiten
Загальна
кількість
одиниць

Gesamtsumme Expositionstage
(Tage, an denen gespritzt wurde)
Загальна кількість днів засто-
сування (дні, в які вводився
препарат)

Expositionstage für
Bedarfsbehandlung
Дні застосування
при лікуванні за
потребою

Expositionstage
für Prophylaxe
Дні застосуванн
при профілак-
тиці

Summe Einheiten für
Bedarfsbehandlung
Кількість одиниць для лікування

Summe Einheiten für
Prophylaxe
Кількість одиниць для профілактики

Füllt das Zentrum aus
Заповнюється центром

Präparat / Препарат: _____

Datum
Дата

Uhrzeit
Час

Einheiten
Одиниці

Chargennummer
Abreibetikett
Відбивна етикетка з номером серії

Blutung spontan
Кровотеча спонтанна

Blutung traumatisch
Кровотеча внаслідок травми

Operation
Операція

Sonstiger
Інше

Prophylaxe
Профілактика

Anlass (X)
Привід

Verabreicht von/wo (X)
Введено (ким/де)

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Körpergewicht / Masa тіла
_____ kg / кг

Patient / Zentrum
Пациєнт/центр

ambulant extern
Амбулаторно в інш. мед. закладі

stationär
Стационарно

гг
пр

ll
лів

гг
пр

ll
лів

гг
пр

ll
лів

гг
пр

ll
лів

Anderer
Інше

Fehltag aufgrund
Hämophilie/VWS
Дні, пропущені через гемофілію/VB

Zeit zwischen
Blutungsbeginn und
Substitution (min)

Час від початку
кровотечі до замісної
терапії (хв)

Bemerkungen
Примітки

Zwischensummen für
Meldung an DHR
Проміжні кількості для
звітності в DHR

Gesamtsumme
Einheiten
Загальна
кількість
одиниць

Gesamtsumme Expositionstage
(Tage, an denen gespritzt wurde)
Загальна кількість днів засто-
сування (дні, в які вводився
препарат)

Expositionstage für
Bedarfsbehandlung
Дні застосування
при лікуванні за
потребою

Expositionstage
für Prophylaxe
Дні застосування
при профілак-
тиці

Summe Einheiten für
Bedarfsbehandlung
Кількість одиниць для лікування
за потребою

Summe Einheiten für
Prophylaxe
Кількість одиниць для профілактики

Füllt das
Zentrum
aus
Запов-
нюється
центром

Julí / Липень 2023

Präparat / Препарат:

Datum
Дата

Uhrzeit
Час

Einheiten
Одиниці

**Chargennummer
Abreißetikett
Відривна етикетка з
номером серії**

Anlass (X) Привід

Verabreicht
von/wo (X)
Введено (ким/де)

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Körpergewicht / Маса тіла

— kg / кг

Bemerkungen
Примітки

Präparat / Препарат: _____												kg / кг										
Datum Дата	Uhrzeit Час	Einheiten Одиниці	Chargennummer Abreibetikett Відбивна етикетка з номером серії	Blutung spontan Кровотеча спонтанна	Blutung traumatisch Кровотеча внаслідок травми	Operation Операція	Sonstiger Інше	Prophylaxe Профілактика	Patient / Zentrum Пацієнт/центр	ambulant extern Амбулаторно в інш. мед. закладі	stationär Стационарно	Sprungelenk гелів	Handgelenk Лікоть	Knie пр	Knie лів	Ellenbogen гелів	Ellenbogen лів	Anderer Інше	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS Дні, пропущені через гемофілію/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min) Час від початку кровотечі до замісної терапії (хв)	Bemerkungen Примітки	
17. Mo / Пн																						
18. Di / Вт																						
19. Mi / Ср																						
20. Do / Чт																						
21. Fr / Пт																						
22. Sa / Сб																						
23. So / Нд																						
24. Mo / Пн																						
25. Di / Вт																						
26. Mi / Ср																						
27. Do / Чт																						
28. Fr / Пт																						
29. Sa / Сб																						
30. So / Нд																						
31. Mo / Пн																						
Zwischensummen für Meldung an DHR Проміжні кількості для звітності в DHR		Gesamtsumme Einheiten Загальна кількість одиниць	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою				Expositionstage für Prophylaxe Дні застосування при профілак- тиці				Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung Кількість одиниць для лікування за потребою				Summe Einheiten für Prophylaxe Кількість одиниць для профілактики				Füllt das Zentrum aus Запов- нюється центром		

Präparat / Препарат: _____

Datum
Дата

Uhrzeit
Час

Einheiten
Одиниці

Chargennummer
Abreibetikett
Відбивна етикетка з номером серії

Anlass (X)
Привід

Blutung spontan
Кровотеча спонтанна

Blutung traumatisch
Кровотеча внаслідок травми

Operation
Операція

Sonstiger
Інше

Prophylaxe
Профілактика

Verabreicht von/wo (X)
Введено (ким/де)

Patient / Zentrum
Пациєнт/центр

ambulant extern
Амбулаторно в інш. мед. закладі

stationär
Стационарно

Sprunggelenk
гє пр

Hand-/Finger-
arthrose
лі лів

Knie
гє пр

Kolono
лі лів

Ellenbogen
гє пр

Lokale
лі лів

Anderer
Інше

Fehltag aufgrund
Hämophilie/VWS
Дні, пропущені через гемофілію/VWS

Zeit zwischen
Blutungsbeginn und
Substitution (min)

Час від початку
кровоотечі до замісної
терапії (хв)

Körpergewicht / Masa тіла

_____ kg / кг

Bemerkungen
Примітки

Nationalfeiertag (CH)
Національне свято (Швейцарія)

Mariä Himmelfahrt (D, A, CH)
Успіння і Вознесіння Діви Марії (Німеччина, Австрія, Швейцарія)

Zwischensummen für
Meldung an DHR
Проміжні кількості для
звітності в DHR

Gesamtsumme
Einheiten
Загальна
кількість
одиниць

Gesamtsumme Expositionstage
(Tage, an denen gespritzt wurde)
Загальна кількість днів засто-
сування (дні, в які вводився
препарат)

Expositionstage für
Bedarfsbehandlung
Дні застосування
при лікуванні за
потребою

Expositionstage
für Prophylaxe
Дні застосування
при профілак-
тиці

Summe Einheiten für
Bedarfsbehandlung
Кількість одиниць для лікування
за потребою

Summe Einheiten für
Prophylaxe
Кількість одиниць для профілактики

Füllt das
Zentrum
aus
Запов-
нюється
центром

Präparat / Препарат: _____

Datum
Дата

Uhrzeit
Час

Einheiten
Одиниці

Chargennummer
Abreibetikett
Відбивна етикетка з номером серії

Anlass (X)
Привід

Blutung spontan
Кровотеча спонтанна

Blutung traumatisch
Кровотеча внаслідок травми

Operation
Операція

Sonstiger
Інше

Prophylaxe
Профілактика

Verabreicht von/wo (X)
Введено (ким/де)

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Körpergewicht / Masa тіла
kg / кг

Patient / Zentrum
Пациєнт/центр

ambulant extern
Амбулаторно в інш. мед. закладі

stationär
Стационарно

Sprunggelenk
гє пр

Hand-/Finger-
гє пр

Knie
гє пр

Knie
гє пр

Ellenbogen
гє пр

Lokale
гє пр

Anderer
Інше

Fehltag aufgrund
Hamophilie/VWS
Дні, пропущені через гемофілію/VWS

Zeit zwischen
Blutungsbeginn und
Substitution (min)
Час від початку кровотечі до замісної терапії (хв)

Bemerkungen
Примітки

Zwischensummen für
Meldung an DHR
Проміжні кількості для звітності в DHR

Gesamtsumme
Einheiten
Загальна кількість одиниць

Gesamtsumme Expositionstage
(Tage, an denen gespritzt wurde)
Загальна кількість днів застосування (дні, в які вводився препарат)

Expositionstage für
Bedarfsbehandlung
Дні застосування при лікуванні за потребою

Expositionstage
für Prophylaxe
Дні застосування при профілактиці

Summe Einheiten für
Bedarfsbehandlung
Кількість одиниць для лікування за потребою

Summe Einheiten für
Prophylaxe
Кількість одиниць для профілактики

Füllt das
Zentrum
aus
Заповнюється центром

Präparat / Препарат: _____

Datum
Дата

Uhrzeit
Час

Einheiten
Одиниці

Chargennummer
Abreibetikett
Відбивна етикетка з номером серії

Anlass (X)
Привід

Blutung spontan
Кровотеча спонтанна

Blutung traumatisch
Кровотеча внаслідок травми

Operation
Операція

Sonstiger
Інше

Prophylaxe
Профілактика

Verabreicht von/wo (X)
Введено (ким/де)

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Körpergewicht / Masa тіла
_____ kg / кг

Patient / Zentrum
Пациєнт/центр

ambulant extern
Амбулаторно в інш. мед. закладі

stationär
Стационарно

Sprunggelenk
гє пр

Handgelenk
лі лів

Knie
гє пр

Knie
лі лів

Ellenbogen
гє пр

Ellenbogen
лі лів

Anderer
Інше

Fehltag aufgrund
Hamophilie/VWS
Дні, пропущені через гемофілію/VWS

Zeit zwischen
Blutungsbeginn und
Substitution (min)

Час від початку
кровотечі до замісної
терапії (хв)

Bemerkungen
Примітки

Zwischensummen für
Meldung an DHR
Проміжні кількості для
звітності в DHR

Gesamtsumme
Einheiten
Загальна
кількість
одиниць

Gesamtsumme Expositionstage
(Tage, an denen gespritzt wurde)
Загальна кількість днів засто-
сування (дні, в які вводився
препарат)

Expositionstage für
Bedarfsbehandlung
Дні застосування
при лікуванні за
потребою

Expositionstage
für Prophylaxe
Дні застосування
при профілак-
тиці

Summe Einheiten für
Bedarfsbehandlung
Кількість одиниць для лікування
за потребою

Summe Einheiten für
Prophylaxe
Кількість одиниць для профілактики

Füllt das
Zentrum
aus
Запов-
нюється
центром

Präparat / Препарат: _____				Anlass (X) Привід				Verabreicht von/wo (X) Введено (ким/де)		Blutungsort (X) Місце кровотечі				Körpergewicht / Маса тіла								
Datum Дата	Uhrzeit Час	Einheiten Одиниці	Chargennummer Abreibetikett Відбивна етикетка з номером серії	Blutung spontan Кровотеча спонтанна	Blutung traumatisch Кровотеча внаслідок травми	Operation Операція	Sonstiger Інше	Prophylaxe Профілактика	Patient / Zentrum Пациєнт/центр	ambulant extern Амбулаторно в інш. мед. закладі	stationär Стационарно	Sprunggelenk Надг'ярко- во-гомілковий суглоб	Knie pr лів	Knie li прав	Ellenbogen pr лів	Ellenbogen li прав	Anderer Інше	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS Дні, пропущені через гемофілію/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)	Час від початку кровотечі до замісної терапії (хв)	Bemerkungen Примітки	kg / кг
17. So / Нд																						
18. Mo / Пн																						
19. Di / Вт																						
20. Mi / Ср																						
21. Do / Чт																						
22. Fr / Пт																						
23. Sa / Сб																						
24. So / Нд																						
25. Mo / Пн																						
26. Di / Вт																						
27. Mi / Ср																						
28. Do / Чт																						
29. Fr / Пт																						
30. Sa / Сб																						
Zwischensummen für Meldung an DHR Проміжні кількості для звітності в DHR		Gesamtsumme Einheiten Загальна кількість одиниць	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою		Expositionstage für Prophylaxe Дні застосування при профілак- тиці		Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung Кількість одиниць для лікування за потребою		Summe Einheiten für Prophylaxe Кількість одиниць для профілактики		Füllt das Zentrum aus Запов- нюється центром										

Präparat / Препарат: _____

Datum
Дата

Uhrzeit
Час

Einheiten
Одиниці

Chargennummer
Abreibetikett
Відбивна етикетка з номером серії

Anlass (X)
Привід

Blutung spontan
Кровотеча спонтанна

Blutung traumatisch
Кровотеча внаслідок травми

Operation
Операція

Sonstiger
Інше

Prophylaxe
Профілактика

Verabreicht von/wo (X)
Введено (ким/де)

Patient / Zentrum
Пациєнт/центр

ambulant extern
Амбулаторно в інш. мед. закладі

stationär
Стационарно

Sprunggelenk
гє пр

Handgelenk
лі лів

Knie
гє пр

Knie
лі лів

Ellenbogen
гє пр

Ellenbogen
лі лів

Anderer
Інше

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Fehltag aufgrund
Hämophilie/VWS
Дні, пропущені через гемофілію/VWS

Zeit zwischen
Blutungsbeginn und
Substitution (min)
Час від початку кровотечі до замісної терапії (хв)

Körpergewicht / Маса тіла

_____ kg / кг

Bemerkungen
Примітки

Tag der Deutschen Einheit (D)
День Німецької єдності (Німеччина)

Zwischensummen für
Meldung an DHR
Проміжні кількості для звітності в DHR

Gesamtsumme
Einheiten
Загальна кількість одиниць

Gesamtsumme Expositionstage
(Tage, an denen gespritzt wurde)
Загальна кількість днів застосування (дні, в які вводився препарат)

Expositionstage für
Bedarfsbehandlung
Дні застосування при лікуванні за потребою

Expositionstage
für Prophylaxe
Дні застосування при профілактиці

Summe Einheiten für
Bedarfsbehandlung
Кількість одиниць для лікування за потребою

Summe Einheiten für
Prophylaxe
Кількість одиниць для профілактики

Füllt das
Zentrum
aus
Заповнюється центром

Oktober / Жовтень 2023

Präparat / Препарат:																							
Datum Дата	Uhrzeit Час	Einheiten Одиниці	Chargennummer Abreibetikett Відбивна етикетка з номером серії	Blutung spontan Кровотеча спонтанна	Blutung traumat. Кровотеча внаслідок травми	Operation Операція	Sonstiger Інше	Prophylaxe Профілактика	Patient / Zentrum Пацієнт/центр	ambulant extern Амбулаторно в інш. мед. закладі	stationär Стационарно	Sprunggelenk Над'яточково-плічовий суглоб	Knie re пр	Kolono li лів	Ellenbogen re пр	Likоть li лів	Anderer Інше	Fehlitage aufgrund Hämophilie/VWS Дні, пропущені через гемофілью/XB	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)	Час від початку кровотечі до замісної терапії (хв)	Bemerkungen Примітки	kg / кг	
17. Di / Вт																							
18. Mi / Ср																							
19. Do / Чт																							
20. Fr / Пт																							
21. Sa / Сб																							
22. So / Нд																							
23. Mo / Пн																							
24. Di / Вт																							
25. Mi / Ср																							
26. Do / Чт																					Nationalfeiertag (A) Національне свято (Австрія)		
27. Fr / Пт																							
28. Sa / Сб																							
29. So / Нд																							
30. Mo / Пн																							
31. Di / Вт																					Reformationstag (D, CH) День Реформації (Німеччина, Швейцарія)		
Zwischensummen für Meldung an DHR Проміжні кількості для звітності в DHR		Gesamtsumme Einheiten Загальна кількість одиниць	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів застосування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою				Expositionstage für Prophylaxe Дні застосування при профілактиці	Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung Кількість одиниць для лікування за потребою		Summe Einheiten für Prophylaxe Кількість одиниць для профілактики		Füllt das Zentrum aus Заповнюється центром										

Präparat / Препарат: _____

Datum
Дата

Uhrzeit
Час

Einheiten
Одиниці

Chargennummer
Abreibetikett
Відбивна етикетка з номером серії

Anlass (X)
Привід

Blutung spontan
Кровотеча спонтанна

Blutung traumatisch
Кровотеча внаслідок травми

Operation
Операція

Sonstiger
Інше

Prophylaxe
Профілактика

Verabreicht von/wo (X)
Введено (ким/де)

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Körpergewicht / Masa тіла
_____ kg / кг

Patient / Zentrum
Пациєнт/центр

ambulant extern
Амбулаторно в інш. мед. закладі

stationär
Стационарно

Sprunggelenk
гє пр

Handgelenk
лі лів

Knie
гє пр

Knie
лі лів

Ellenbogen
гє пр

Ellenbogen
лі лів

Anderer
Інше

Anderer
Інше

Fehltag aufgrund
Hamophilie/VWS
Дні, пропущені через гемофілію/VB

Zeit zwischen
Blutungsbeginn und
Substitution (min)

Час від початку
кровотечі до замісної
терапії (хв)

Bemerkungen
Примітки

Zwischensummen für
Meldung an DHR
Проміжні кількості для
звітності в DHR

Gesamtsumme
Einheiten
Загальна
кількість
одиниць

Gesamtsumme Expositionstage
(Tage, an denen gespritzt wurde)
Загальна кількість днів засто-
сування (дні, в які вводився
препарат)

Expositionstage für
Bedarfsbehandlung
Дні застосування
при лікуванні за
потребою

Expositionstage
für Prophylaxe
Дні застосування
при профілак-
тиці

Summe Einheiten für
Bedarfsbehandlung
Кількість одиниць для лікування
за потребою

Summe Einheiten für
Prophylaxe
Кількість одиниць для профілактики

Füllt das
Zentrum
aus
Запов-
нюється
центром

Präparat / Препарат: _____

Datum
Дата

Uhrzeit
Час

Einheiten
Одиниці

Chargennummer
Abreibetikett
Відбивна етикетка з номером серії

Anlass (X)
Привід

Blutung spontan
Кровотеча спонтанна

Blutung traumatisch
Кровотеча внаслідок травми

Operation
Операція

Sonstiger
Інше

Prophylaxe
Профілактика

Verabreicht von/wo (X)
Введено (ким/де)

Patient / Zentrum
Пацієнт/центр

ambulant extern
Амбулаторно в інш. мед. закладі

stationär
Стационарно

Sprunggelenk
Надг'ярко-во-гомілковий суглоб

Knie
pr

Knie
li

Knie
pr

Knie
li

Ellenbogen
pr

Ellenbogen
li

Ellenbogen
pr

Ellenbogen
li

Anderer
pr

Anderer
li

Anderer
pr

Anderer
li

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Fehltag aufgrund
Hämophilie/VWS
Дні, пропущені через гемофілію/VB

Zeit zwischen
Blutungsbeginn und
Substitution (min)

Час від початку
кровотечі до замісної
терапії (хв)

Körpergewicht / Маса тіла

_____ kg / кг

Bemerkungen
Примітки

Zwischensummen für
Meldung an DHR
Проміжні кількості для
звітності в DHR

Gesamtsumme
Einheiten
Загальна
кількість
одиниць

Gesamtsumme Expositionstage
(Tage, an denen gespritzt wurde)
Загальна кількість днів засто-
сування (дні, в які вводився
препарат)

Expositionstage für
Bedarfsbehandlung
Дні застосування
при лікуванні за
потребою

Expositionstage
für Prophylaxe
Дні застосування
при профілак-
тиці

Summe Einheiten für
Bedarfsbehandlung
Кількість одиниць для лікування
за потребою

Summe Einheiten für
Prophylaxe
Кількість одиниць для профілактики

Füllt das
Zentrum
aus
Запов-
нюється
центром

Präparat / Препарат: _____

Datum
Дата

Uhrzeit
Час

Einheiten
Одиниці

Chargennummer
Abreibetikett
Відбивна етикетка з номером серії

Anlass (X)
Привід

Blutung spontan
Кровотеча спонтанна

Blutung traumatisch
Кровотеча внаслідок травми

Operation
Операція

Sonstiger
Інше

Prophylaxe
Профілактика

Verabreicht von/wo (X)
Введено (ким/де)

Patient / Zentrum
Пациєнт/центр

ambulant extern
Амбулаторно в інш. мед. закладі

stationär
Стационарно

Sprunggelenk
гє пр

Hand-/Fussgelenk
лі лів

Knie
гє пр

Kolono
лі лів

Ellenbogen
гє пр

Lokot
лі лів

Anderer
Інше

Blutungsort (X)
Місце кровотечі

Fehltag aufgrund
Hamophilie/VWS
Дні, пропущені через гемофілію/VB

Zeit zwischen
Blutungsbeginn und
Substitution (min)

Час від початку
кровотечі до замісної
терапії (хв)

Körpergewicht / Маса тіла

_____ kg / кг

Bemerkungen
Примітки

Mariä Empfängnis (A, CH)
Непорочне зачаття Діви Марії (Австрія, Швейцарія)

Zwischensummen für
Meldung an DHR
Проміжні кількості для
звітності в DHR

Gesamtsumme
Einheiten
Загальна
кількість
одиниць

Gesamtsumme Expositionstage
(Tage, an denen gespritzt wurde)
Загальна кількість днів засто-
сування (дні, в які вводився
препарат)

Expositionstage für
Bedarfsbehandlung
Дні застосування
при лікуванні за
потребою

Expositionstage
für Prophylaxe
Дні застосування
при профілак-
тиці

Summe Einheiten für
Bedarfsbehandlung
Кількість одиниць для лікування
за потребою

Summe Einheiten für
Prophylaxe
Кількість одиниць для профілактики

Füllt das
Zentrum
aus
Запов-
нюється
центром

Dezember / Грудень 2023

Präparat / Препарат: _____				Blutung spontan Кровотеча спонтанна		Blutung traumatisch Кровотеча внаслідок травми		Operation Операція		Sonstiger Інше		Prophylaxe Профілактика	
Datum Дата	Uhrzeit Час	Einheiten Одиниці	Chargennummer Abreißetikett Відривна етикетка з номером серії										
17. So / Нд													
18. Mo / Пн													
19. Di / Вт													
20. Mi / Ср													
21. Do / Чт													
22. Fr / Пт													
23. Sa / Сб													
24. So / Нд													
25. Mo / Пн													
26. Di / Вт													
27. Mi / Ср													
28. Do / Чт													
29. Fr / Пт													
30. Sa / Сб													
31. So / Нд													
Zwischensummen für Meldung an DHR Проміжні кількості для звітності в DHR		Gesamtsumme Einheiten Загальна кількість одиниць	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde) Загальна кількість днів засто- сування (дні, в які вводився препарат)	Expositionstage für Bedarfsbehandlung Дні застосування при лікуванні за потребою									

Verabreicht von/wo (X) Введено (ким/де)						Blutungsort (X) Місце кровотечі				Körpergewicht / Маса тіла			
Patient / Zentrum Пациєнт/центр	ambulant extern Амбулаторно в інш. мед. закладі	stationär Стационарно	Sprungelenk гелів	Nadelstichverletzung Годп'ятково-гомілковий суглоб	Knie гелів	Knie гелів	Ellenbogen гелів	Lieken Лікоть	Anderer Інше	Fehltagе auf Grund Hämophilie/VWS Дні, пропущені через гемофілію/XB	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min) Час від початку кровотечі до замісної терапії (хв)	Bemerkungen Примітки	
												Heiligabend (D, A, CH) Святий Вечір (Німеччина, Австрія, Швейцарія)	
												1. Weihnachtstag (D); Weihnachten (A, CH) 1. День Різдва (Німеччина); Різдво (Австрія, Швейцарія)	
												2. Weihnachtstag (D); Stefanitag (A); Stephanstag (CH) 2. День Різдва (Німеччина); День Святого Стефана (Австрія); День Святого Стефана (Швейцарія)	
												Silvester Переддень Нового року	
Expositionstage für Prophylaxe Дні застосування при профілактиці			Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung Кількість одиниць для лікування за потребою							Summe Einheiten für Prophylaxe Кількість одиниць для профілактики			Füllt das Zentrum aus Заповнюється центром

Ärztliche Bescheinigung / Медична довідка

Medical Certificate/Atestado médico/Certificat médical/Tibi Belge/Certificato Medico/Ιατρικό Πιστοποιητικό

Name des Patienten / П. І. Б. пацієнта _____

Patient's name/Nombre del paciente/Nom du patient/Hastanın Soyadı/Nome del paziente/Όνοματεπώνυμο ασθενούς

Geburtsdatum / Дата народження _____

Date of birth/Fecha de nacimiento/Date de naissance/Doğum Tarihi/Data di nascita/Ημερομηνία Γέννησης

Deutsch:
Der Patient hat eine Blutgerinnungsstörung. Er muss sich regelmäßig mit Blutgerinnungskonzentraten behandeln. Zur Gabe des Medikamentes benötigt er Spritzen und Injektionsnadeln.

Українською мовою:
У пацієнта порушення згортання крові. Він змушений регулярно лікуватися концентратами фактору згортання крові. Для введення лікарських препаратів йому потрібні шприци та голки для підшкірних ін'єкцій.

English:
The patient suffers from a coagulation defect. He must be treated regularly with coagulation concentrates. For the administration of his medicine, syringes and venipuncture needles are required.

Español:
El paciente padece de un trastorno de coagulación sanguínea. Debe tratarse regularmente con concentrados para la coagulación sanguínea. Necesita jeringas y jeringuillas para administrarse el medicamento.

Français:
Le patient souffre de troubles de la coagulation sanguine. Il doit se traiter régulièrement avec des concentrés de coagulation sanguine. Pour l'injection de ce médicament il est nécessaire d'avoir des seringues et des aiguilles pour les injections.

Türkçe:
Hastada kan pıhtılaşması bozukluğu bulunmakta olduğundan, kendisini sürekli olarak kanı pıhtılaştırıcı yoğun maddelerle tedavi etmesi gereklidir. Bu ilaçları ancak enjeksiyon ve iğne aracılığı ile alabilir.

Italiano:
Il paziente soffre di problemi di coagulazione sanguigna, quindi deve assumere regolarmente farmaci coagulanti. Per la somministrazione di queste medicine necessità di siringhe e aghi per iniezioni.

Ελληνικά:
Ο ασθενής πάσχει από διαταραχή της πήξης του αίματος. Πρέπει να δέχεται τακτική θεραπεία με συμπτωνωμένα προϊόντα για την πήξη του αίματος. Για τη χορήγηση του φαρμάκου χρειάζεται σύριγγες και βελόνες ενέσεων.

العربية:
المريض مصاب بمرض عدم تخثر الدم، فهو بحاجة لتلقي العلاج بشكل منتظم عبر حقن المادة الدوائية المساعدة على تجنب حدوث النزف .
أخذ الدواء يتم بواسطة الحُقن (الابر) الدوائية .

Unterschrift und Adresse des Arztes (Stempel) / Підпис та адреса лікаря (штамп)

Signature and address of the physician (stamp)/Firma y dirección del medico (sello)/Signature et adresse du médecin (cachet)/Doktorun imzası ve adresi (Mühür)/Firma e indirizzo del medico (timbro)/Υπογραφή και διεύθυνση του ιατρού (σφραγίδα)

Notizen / Нотатки

Deutschland / Німеччина

OCTAPHARMA GmbH
Elisabeth-Selbert-Straße 11
40764 Langenfeld (Німеччина)
Tel. / Тел.: +49 2173 917-0
Fax / Факс: +49 2173 917-111
E-Mail / Ел. адреса: info.de@octapharma.com
www.octapharma.de

OCTAPHARMA GmbH
Niederlassung Dessau
Otto-Reuter-Straße 3
06847 Dessau-Roßlau (Німеччина)
Tel. / Тел.: +49 340 5508-0
Fax / Факс: +49 800 2896282
E-Mail / Ел. адреса: vertrieb@octapharma.com

Österreich / Австрія

OCTAPHARMA
Pharmazeutika Produktionsgesellschaft m.b.H.
Oberlaaer Straße 235
A-1100 Wien
Tel. / Тел.: +43 1 61032-0
Fax / Факс: +43 1 61032-300
E-Mail / Ел. адреса: info@octapharma.at

Schweiz / Швейцарія

OCTAPHARMA AG
Seidenstrasse 2
CH-8853 Lachen
Tel. / Тел.: +41 55 4512-145
Fax / Факс: +41 55 4512-155
E-Mail / Ел. адреса: info@octapharma.ch

In Zusammenarbeit mit /
У співпраці з:



octapharma