

octapharma

2021

Therapiekalender



2021

Januar

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

Februar

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

März

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

April

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

Mai

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

Juni

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

Juli

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

August

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

September

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

Oktober

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

November

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

Dezember

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

2022

Januar

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

Februar

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

März

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

April

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

Mai

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

Juni

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

Juli

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

August

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

September

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

Oktober

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

November

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

Dezember

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

Persönliche Daten

Hämophiliezentrum

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Patient

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Art der Gerinnungsstörung: _____

Restaktivität (in %): _____

Therapie: Behandlung bei Bedarf Prophylaxe

Hemmkörper (in BE): _____ Datum: _____

Präparat: _____

Hausarzt

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Im Notfall zu benachrichtigen

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Bitte denken Sie daran, dieses Patiententagebuch zu jedem Besuch bei Ihrem behandelnden Arzt oder in Ihrem Hämophiliezentrum mitzubringen.

Lieber Patient, liebe Patientin!

Warum sollten Sie Ihre Therapie sorgfältig dokumentieren?

Die folgenden Informationen sollten bei Besuchen beim Hämostaseologen griffbereit sein:

- Produktname, Zeit, Menge, Chargennummer des verabreichten Gerinnungskonzentrats
- Anlass zur Substitution (Prophylaxe, Blutung etc.)
- Details zu Blutungen

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.

Weiterhin unterstützen Sie Ihr Zentrum bei der gesetzlichen Meldepflicht nach dem Transfusionsgesetz (§§14; 21) und bei der Erfassung in das Deutsche Hämophileregister (DHR*). Auf jeder Kalenderseite finden sich unten Felder, in denen die Summe der Behandlungstage bzw. Einheiten eingetragen werden sollte.

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.

Wie sollten Sie dieses Tagebuch benutzen?

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.

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

*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

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

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

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

■ **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.

■ **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.

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

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

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

■ **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.

Januar 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verbreicht von/wo (X)		Blutungsort (X)				Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)	Körpergewicht _____ kg	Bemerkungen
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger	Patient/ Zentrum ambulant extern		stationär	re	li	re	li	re				
1. Fr																		Neujahr (D, A, CH)	
2. Sa																			
3. So																			
4. Mo																			
5. Di																			
6. Mi																		Heilige Drei Könige (D, A, CH)	
7. Do																			
8. Fr																			
9. Sa																			
10. So																			
11. Mo																			
12. Di																			
13. Mi																			
14. Do																			
15. Fr																			
16. Sa																			
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe		Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung				Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus		

Januar 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verabreicht von/wo (X)								Blutungsort (X)		Körpergewicht _____ kg	Bemerkungen						
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger	Patient/ Zentrum ambulant extern		stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)								
17. So																											
18. Mo																											
19. Di																											
20. Mi																											
21. Do																											
22. Fr																											
23. Sa																											
24. So																											
25. Mo																											
26. Di																											
27. Mi																											
28. Do																											
29. Fr																											
30. Sa																											
31. So																											
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe								Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung		Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus						

Februar 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verbreicht von/wo (X)										Bemerkungen	Körpergewicht _____ kg							
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger			Patient/ Zentrum	ambulant extern	stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer			Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)					
1. Mo																												
2. Di																												
3. Mi																												
4. Do																												
5. Fr																												
6. Sa																												
7. So																												
8. Mo																												
9. Di																												
10. Mi																												
11. Do																												
12. Fr																												
13. Sa																												
14. So																												
15. Mo																												
16. Di																												
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe										Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung		Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus					

Februar 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verbreicht von/wo (X)								Blutungsort (X)		Körpergewicht _____ kg	Bemerkungen						
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger			Patient/ Zentrum	ambulant extern	stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer			Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)				
17. Mi																											
18. Do																											
19. Fr																											
20. Sa																											
21. So																											
22. Mo																											
23. Di																											
24. Mi																											
25. Do																											
26. Fr																											
27. Sa																											
28. So																											
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe								Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung		Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus						

März 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verbreicht von/wo (X)								Blutungsort (X)		Körpergewicht _____ kg	Bemerkungen						
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger	Patient/ Zentrum		ambulant extern	stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS			Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)					
1. Mo																											
2. Di																											
3. Mi																											
4. Do																											
5. Fr																											
6. Sa																											
7. So																											
8. Mo																											
9. Di																											
10. Mi																											
11. Do																											
12. Fr																											
13. Sa																											
14. So																											
15. Mo																											
16. Di																											
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe								Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung		Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus						

April 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verabreicht von/wo (X)								Blutungsort (X)		Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)	Körpergewicht _____ kg	Bemerkungen					
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger	Patient/ Zentrum		ambulant extern	stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer	re					li				
1. Do																												
2. Fr																												Karfreitag (D, A, CH)
3. Sa																												
4. So																												Ostersonntag (D, A, CH)
5. Mo																												Ostermontag (D, A, CH)
6. Di																												
7. Mi																												
8. Do																												
9. Fr																												
10. Sa																												
11. So																												
12. Mo																												
13. Di																												
14. Mi																												
15. Do																												
16. Fr																												
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe								Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung		Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus							

Mai 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verabreicht von/wo (X)										Blutungsort (X)		Körpergewicht _____ kg	Bemerkungen						
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger			Patient/ Zentrum	ambulant extern	stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)								
17. Mo																													
18. Di																													
19. Mi																													
20. Do																													
21. Fr																													
22. Sa																													
23. So																												Pfingstsonntag (D, A, CH)	
24. Mo																												Pfingstmontag (D, A, CH)	
25. Di																													
26. Mi																													
27. Do																													
28. Fr																													
29. Sa																													
30. So																													
31. Mo																													
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe					Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung					Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus								

Juni 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verbreicht von/wo (X)								Blutungsort (X)		Körpergewicht _____ kg	Bemerkungen						
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger	Patient/ Zentrum ambulant extern		stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)								
1. Di																											
2. Mi																											
3. Do																										Fronleichnam (D, A, CH)	
4. Fr																											
5. Sa																											
6. So																											
7. Mo																											
8. Di																											
9. Mi																											
10. Do																											
11. Fr																											
12. Sa																											
13. So																											
14. Mo																											
15. Di																											
16. Mi																											
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe								Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung		Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus						

Juni 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verbreicht von/wo (X)										Bemerkungen	Körpergewicht _____ kg						
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger			Patient/ Zentrum	ambulant extern	stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer			Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)				
17. Do																											
18. Fr																											
19. Sa																											
20. So																											
21. Mo																											
22. Di																											
23. Mi																											
24. Do																											
25. Fr																											
26. Sa																											
27. So																											
28. Mo																											
29. Di																											
30. Mi																											
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe					Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung					Summe Einheiten für Prophylaxe					Füllt das Zentrum aus			

Juli 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verabreicht von/wo (X)								Blutungsort (X)		Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)	Körpergewicht _____ kg	Bemerkungen							
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger	Patient/ Zentrum ambulant extern		stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer	re	li											
1. Do																														
2. Fr																														
3. Sa																														
4. So																														
5. Mo																														
6. Di																														
7. Mi																														
8. Do																														
9. Fr																														
10. Sa																														
11. So																														
12. Mo																														
13. Di																														
14. Mi																														
15. Do																														
16. Fr																														
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe								Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung		Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus									

Juli 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verabreicht von/wo (X)										Körpergewicht		Bemerkungen						
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger			Patient/ Zentrum	ambulant extern	stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)		_____ kg					
17. Sa																												
18. So																												
19. Mo																												
20. Di																												
21. Mi																												
22. Do																												
23. Fr																												
24. Sa																												
25. So																												
26. Mo																												
27. Di																												
28. Mi																												
29. Do																												
30. Fr																												
31. Sa																												
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe										Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung		Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus					

August 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verbreicht von/wo (X)		Blutungsort (X)				Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)	Körpergewicht _____ kg	Bemerkungen
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger	Patient/ Zentrum ambulant extern		stationär	re	li	re	li	re				
1. So																		Nationalfeiertag (CH)	
2. Mo																			
3. Di																			
4. Mi																			
5. Do																			
6. Fr																			
7. Sa																			
8. So																			
9. Mo																			
10. Di																			
11. Mi																			
12. Do																			
13. Fr																			
14. Sa																			
15. So																		Mariä Himmelfahrt (D, A, CH)	
16. Mo																			
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe		Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung				Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus		

September 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verbreicht von/wo (X)								Blutungsort (X)		Körpergewicht _____ kg	Bemerkungen						
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger	Patient/ Zentrum ambulant extern		stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)								
1. Mi																											
2. Do																											
3. Fr																											
4. Sa																											
5. So																											
6. Mo																											
7. Di																											
8. Mi																											
9. Do																											
10. Fr																											
11. Sa																											
12. So																											
13. Mo																											
14. Di																											
15. Mi																											
16. Do																											
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe								Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung		Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus						

September 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verbreicht von/wo (X)										Körpergewicht		Bemerkungen							
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger			Patient / Zentrum ambulant extern	stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)	_____ kg								
17. Fr																													
18. Sa																													
19. So																													
20. Mo																													
21. Di																													
22. Mi																													
23. Do																													
24. Fr																													
25. Sa																													
26. So																													
27. Mo																													
28. Di																													
29. Mi																													
30. Do																													
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe				Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung				Summe Einheiten für Prophylaxe				Füllt das Zentrum aus								

Oktober 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verbreicht von/wo (X)										Bemerkungen	Körpergewicht _____ kg						
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger			Patient/ Zentrum ambulant extern	stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS			Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)					
1. Fr																											
2. Sa																											
3. So																									Tag der Deutschen Einheit (D)		
4. Mo																											
5. Di																											
6. Mi																											
7. Do																											
8. Fr																											
9. Sa																											
10. So																											
11. Mo																											
12. Di																											
13. Mi																											
14. Do																											
15. Fr																											
16. Sa																											
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe					Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung					Summe Einheiten für Prophylaxe					Füllt das Zentrum aus			

Oktober 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verbreicht von/wo (X)								Blutungsort (X)		Körpergewicht _____ kg	Bemerkungen						
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger	Patient/ Zentrum ambulant extern		stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer	Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)								
17. So																											
18. Mo																											
19. Di																											
20. Mi																											
21. Do																											
22. Fr																											
23. Sa																											
24. So																											
25. Mo																											
26. Di																										Nationalfeiertag (A)	
27. Mi																											
28. Do																											
29. Fr																											
30. Sa																											
31. So																											Reformationstag (D)
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe								Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung		Summe Einheiten für Prophylaxe		Füllt das Zentrum aus						

Dezember 2021

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Anlass (X)					Prophylaxe	Verbreicht von/wo (X)										Bemerkungen	Körpergewicht _____ kg						
				Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	Sonstiger			Patient/ Zentrum	ambulant extern	stationär	re	li	re	li	re	li	Anderer			Fehltag aufgrund Hämophilie/VWS	Zeit zwischen Blutungsbeginn und Substitution (min)				
1. Mi																											
2. Do																											
3. Fr																											
4. Sa																											
5. So																											
6. Mo																											
7. Di																											
8. Mi																									Mariä Empfängnis (A, CH)		
9. Do																											
10. Fr																											
11. Sa																											
12. So																											
13. Mo																											
14. Di																											
15. Mi																											
16. Do																											
Zwischensummen für Meldung an DHR		Gesamtsumme Einheiten	Gesamtsumme Expositionstage (Tage, an denen gespritzt wurde)	Expositionstage für Bedarfs- behandlung					Expositions- tage für Prophylaxe					Summe Einheiten für Bedarfsbehandlung					Summe Einheiten für Prophylaxe					Füllt das Zentrum aus			

Ärztliche Bescheinigung

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

Name des Patienten _____

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

Geburtsdatum _____

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.

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 συμπτυκνωμένα 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 الحقن (الإبر) الدوائية.

Unterschrift und Adresse des Arztes (Stempel)

Signature and address of the physician (stamp)/Firma y dirección del médico (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

Deutschland

OCTAPHARMA GmbH
Elisabeth-Selbert-Straße 11
40764 Langenfeld
Tel.: +49 2173 917-0
Fax: +49 2173 917-111
E-Mail: info.de@octapharma.com
www.octapharma.de

OCTAPHARMA GmbH
Niederlassung Dessau
Otto-Reuter-Straße 3
06847 Dessau-Roßlau
Tel.: +49 340 5508-0
Fax: +49 800 2896282
E-Mail: vertrieb@octapharma.com

Österreich

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

Schweiz

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

In Zusammenarbeit mit:



octapharma