



Dieses Schulungsmaterial wurde als risikominimierende Maßnahme beauftragt und mit dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) abgestimmt. Es soll sicherstellen, dass Patienten und ggf. Betreuungspersonen die besonderen Sicherheitsanforderungen von Alglucosidase alfa kennen und berücksichtigen.

Leitfaden für die sichere Anwendung einer Heiminfusion – Patienten/ggf. Betreuungsperson mit Patienten-Tagebuch

Myozyme (Alglucosidase alfa)

Bitte lesen Sie auch die Gebrauchsinformation (Packungsbeilage) zu Myozyme aufmerksam durch

Lesen Sie sich alle Informationen genau durch, bevor Sie mit der Heiminfusion beginnen.

Die Genehmigung dieser Schulungsmaterialien durch das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) lässt die für die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an Pflegefachkräfte im Zusammenhang mit Heiminfusionen geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen unberührt.

Mithilfe des Schulungsmaterials sollen mögliche Risiken, wie Medikationsfehler und das Auftreten von infusionsbedingten Reaktionen (einschließlich Hypersensitivität) und Reaktionen an der Infusionsstelle, minimiert werden.

Die in diesem Schulungsmaterial gewählte männliche Form (z. B. Arzt, Patient) bezieht sich immer zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen. Auf eine Mehrfachbezeichnung wird in der Regel zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.

Version 1.0 (Stand der Information: August 2024)

Inhaltsverzeichnis

1. Ziel dieses Leitfadens	3
2. Allgemeine Informationen	3
2.1 Infusionsablauf	3
2.2 Das Patiententagebuch	3
3. Risiko von Überempfindlichkeitsreaktionen, deren Anzeichen sowie empfohlene Maßnahmen bei Auftreten von Symptomen	4
4. Lagerbedingungen von Alglucosidase alfa	4
5. Meldung von Nebenwirkungen	5
Anhang: Das Patiententagebuch	6
I. Kontaktdaten	7
II. Unterschriften	8
III. Administrative Einzelheiten	8
IV. Ärztliche Verordnung	9
V. Änderung der ärztlichen Verordnung	10
VI. Notfallplan beim Auftreten einer schwerwiegenden Nebenwirkung	10
VII. Daten zur Infusion	11
VIII. Nachbestellung Therapie-Tagebuch	39

1. Ziel dieses Leitfadens

Zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt haben Sie entschieden, Ihre Infusionstherapie mit Alglucosidase alfa zu Hause fortzusetzen (Heiminfusionstherapie). Dieser Leitfaden ergänzt die Informationen der Packungsbeilage und die umfassende Aufklärung durch Ihren behandelnden Arzt. Sie werden über die Risiken infusionsbedingter und allergischer Reaktionen informiert und die empfohlene Handlungsweise, wenn Symptome auftreten. Ebenso erhalten Sie Informationen über die Lagerbedingungen von Alglucosidase alfa.

Das Patiententagebuch im Anhang dieses Leitfadens wird für die Dokumentation der Heiminfusion empfohlen, enthält den Notfallplan und dient als Kommunikationsgrundlage für alle Beteiligten.

Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal, wenn Sie weitere Fragen zur Anwendung von Alglucosidase alfa haben.

Lesen Sie sich alle Informationen genau durch, bevor Sie mit der Heiminfusion beginnen. Bewahren Sie diese Informationen an einem leicht zu erreichenden Ort auf, Sie werden sie vielleicht noch einmal lesen wollen. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt.

2. Allgemeine Informationen

Die Entscheidung, ob bei Ihnen eine Heiminfusion in Frage kommt, trifft Ihr behandelnder Arzt in Absprache mit Ihnen. Sie haben dann bereits regelmäßig die Behandlung mit Alglucosidase alfa unter ärztlicher Aufsicht gut vertragen, über einige Monate keine mittelschweren oder schweren infusionsbedingten Reaktionen gezeigt und einer Heiminfusion zugestimmt. Die Heiminfusion erfolgt unter der Verantwortung Ihres behandelnden Arztes.

Prinzipiell kann Ihr behandelnder Arzt die Heiminfusion selbst durchführen oder mit Ihrem Einverständnis die Heiminfusion an entsprechend geschultes medizinisches Fachpersonal delegieren, welches Sie bei der Heimtherapie unterstützt.

Ihr Arzt wird mit Ihnen und dem medizinischen Fachpersonal den Umfang der Unterstützung bei der Infusion und den Ablauf der Heiminfusion genau besprechen sowie über die damit verbundenen Risiken und möglichen Nebenwirkungen informieren und in einem patientenindividuellen Notfallplan darlegen, welche Maßnahmen im Einzelfall zu ergreifen sind.

2.1 Infusionsablauf

Der Ablauf der Heiminfusion ist genauso, wie Sie ihn aus dem Krankenhaus, der Arztpraxis oder einer anderen medizinischen Einrichtung kennen.

Die Alglucosidase alfa-Dosis und die Infusionsrate werden vom behandelnden Arzt festgelegt und dürfen ohne Rücksprache und ausdrückliche Genehmigung durch den Arzt nicht geändert werden. Wenn Sie das Gefühl haben, dass bei einer Infusion irgendetwas anders ist als sonst (z. B. im Ablauf der Infusion, ein anderes Volumen der Infusionslösung, eine veränderte Anzahl an verwendeten Arzneimittelfläschchen etc.) müssen Sie das medizinische Fachpersonal umgehend darüber informieren.

2.2 Das Patiententagebuch

Das Patiententagebuch dient der Dokumentation aller erhaltenen Infusionen und als Kommunikationsgrundlage für alle Beteiligten im Rahmen der Heiminfusion von Alglucosidase alfa.

Es sollte vor Beginn Ihrer Heiminfusionstherapie gemeinsam mit dem behandelnden Arzt und der medizinischen Fachkraft ausgefüllt werden, um die Kontaktdaten, administrativen Einzelheiten, die ärztliche Verordnung sowie den Notfallplan zu besprechen und zu dokumentieren. Während der regelhaften Infusion zu Hause sollte die medizinische Fachkraft gemeinsam mit Ihnen das Infusionstagebuch ausfüllen und alle Auffälligkeiten notieren.

Falls Sie weitere Exemplare des Patienten-Tagebuches benötigen, kontaktieren Sie +43 (0) 1 80185-0 oder wenden Sie sich per E-Mail an medinfo.de@sanofi.com.

3. Risiko von Überempfindlichkeitsreaktionen, deren Anzeichen sowie empfohlene Maßnahmen bei Auftreten von Symptomen

Bei der Anwendung von Alglucosidase alfa können infusionsbedingte Reaktionen und Überempfindlichkeitsreaktionen während oder kurz nach der Infusion auftreten. Daher ist es notwendig, dass Sie auch nach der Infusion über einen von Ihrem behandelnden Arzt definierten Zeitraum nachbeobachtet werden.

Schwere infusionsbedingte Reaktionen können z. B. durch folgende Symptome gekennzeichnet sein: Niedriger Blutdruck, sehr schneller Pulsschlag, Atembeschwerden, Erbrechen, Schwellung des Gesichts, der Lippen oder der Zunge, Nesselsucht oder Hautausschlag. Weiterhin können grippeähnliche Symptome auftreten. Sollten Sie diese Reaktionen bei sich beobachten, geben Sie umgehend dem Infusionspersonal Bescheid. Eine vollständige Auflistung möglicher Nebenwirkungen und Ihrer Häufigkeiten finden Sie in der Gebrauchsinformation.

Ein besonderes Risiko für infusionsbedingte Reaktionen besteht bei Patienten mit einer akuten Erkrankung zum Zeitpunkt der Infusion, bei Patienten mit einem fortgeschrittenen Morbus Pompe und Beeinträchtigung der Herz- und Atemfunktion oder bei Patienten mit dem Risiko einer Volumenüberladung (z.B. bei eingeschränkter Herz- und/oder Atemwegsfunktion).

In akuten Fällen hält das Infusionspersonal vor Beginn der Infusion Rücksprache mit dem behandelnden Arzt und wird Sie bei Verabreichung der Infusion ggf. engmaschiger überwachen. Grundsätzliche individuelle Risikofaktoren und den Umgang damit legt Ihr behandelnder Arzt in Ihrem individuellen Notfallplan fest. Auch in diesen Fällen ist möglicherweise eine engmaschigere Überwachung der Infusion notwendig. Die Ausstattung für medizinische Notfälle sowie technisches Equipment für eine Herz-Lungen-Wiederbelebung sollte dem medizinischen Fachpersonal vor Ort zur Verfügung stehen.

Im Falle von allergischen oder Überempfindlichkeitsreaktionen muss, wie im individuellen Notfallplan festgehalten, agiert werden. Dazu kann z. B. gehören, dass das medizinische Fachpersonal die Infusion vorübergehend unterbricht oder sofort beendet und ggf. weitere medizinische Maßnahmen erfolgen.

Wenn bei Ihnen eine schwere Nebenwirkung aufgetreten ist, wird Ihr Arzt möglicherweise entscheiden, dass nachfolgende Infusionen zunächst in einem Krankenhaus, einer Arztpraxis oder einer anderen medizinischen Einrichtung stattfinden.

Ihr Arzt wird Ihnen möglicherweise Arzneimittel zur Vermeidung dieser Reaktionen und/oder zur Behandlung von Notfällen verschreiben, die Sie zu Hause zur Hand haben oder vom medizinischen Fachpersonal bereitgehalten werden müssen.

4. Lagerbedingungen von Alglucosidase alfa

Alglucosidase alfa darf nach dem auf der Faltschachtel sowie auf dem Etikett aufgedruckten Verfallsdatum nicht mehr verwendet werden. Alglucosidase alfa wird im Kühlschrank gelagert (bei 2 °C–8 °C).

5. Meldung von Nebenwirkungen

Die Meldung von Nebenwirkungen ist von großer Wichtigkeit für eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses von Arzneimitteln. Bitte melden Sie Nebenwirkungen dem

Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG)
AGES Medizinmarktaufsicht
Traisengasse 5
A-1200 Wien

Tel.: 050 555-36111

Tel.: +43 (0)50 555-36111

Website: <http://www.basg.gv.at>

oder dem pharmazeutischen Unternehmer (siehe Kontaktdaten unten) anzuzeigen.

Alle Schulungsmaterialien zu Alglucosidase alfa (Leitfaden zum Umgang mit Risiken in Verbindung mit der Verabreichung von Alglucosidase alfa, dem klinischen Risikomanagement und immunologischen Untersuchungen – Angehörige der Gesundheitsberufe, Leitfaden zur Verringerung von Arzneimittel- und Anwendungsrisiken bei einer Heiminfusion - Angehörige der Gesundheitsberufe, Leitfaden für die sichere Anwendung einer Heiminfusion - Patienten/ggf. Betreuungsperson mit Patienten-Tagebuch) sowie die Gebrauchsinformation sind auch online über <https://www.campus.sanofi.at/services/risikomanagementplaene> verfügbar. Gedruckte Exemplare können Sie beim pharmazeutischen Unternehmer (siehe Kontaktdaten unten) bestellen.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an den pharmazeutischen Unternehmer:

E-Mail: medinfo.de@sanofi.com

Tel.: +43 (0) 1 80185-0

Anhang: Das Patiententagebuch

I. Kontaktdaten

Patient	Name:
	Vorname:
	Straße/Hausnummer:
	Postleitzahl/Ort:
	Telefon:
	E-Mail-Adresse:
Ggf. Betreuungsperson	Name:
	Vorname:
	Straße/Hausnummer:
	Postleitzahl/Ort:
	Telefon:
	E-Mail-Adresse:
Behandelnder Arzt	Name:
	Vorname:
	Straße/Hausnummer:
	Postleitzahl/Ort:
	Telefon:
	Notfallnummer:
	E-Mail-Adresse:
Heiminfusionsanbieter/ Durchführende medizinische Fachkraft	Name Heiminfusionsanbieter/ambulanter Pflegedienst:
	Name medizinische Fachkraft:
	Kontaktdaten:
	E-Mail-Adresse:
	Telefon:
Apotheke	Name:
	Ansprechpartner:
	Adresse:
	E-Mail-Adresse:
	Telefon:

II. Unterschriften

Patient über Maßnahmen und Risiken der Heiminfusion aufgeklärt:

Unterschrift Arzt

Patient mit Heiminfusion einverstanden:

Unterschrift Patient und/oder gesetzlicher Vertreter

III. Administrative Einzelheiten

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Alglucosidase alfa wird angewendet seit	Datum (TT-MM-JJJJ)
Erste Alglucosidase alfa-Infusion zu Hause	Datum (TT-MM-JJJJ)
Patient/ggf. Betreuungsperson über Maßnahmen und Risiken der Heiminfusion aufgeklärt	Datum (TT-MM-JJJJ)
Medizinisches Fachpersonal für Heiminfusion geschult	Datum (TT-MM-JJJJ) Schulender:
Vereinbarter ärztlicher Unterstützungsbedarf für den Patient durch medizinisches Fachpersonal im Rahmen der Heiminfusion	

IV. Ärztliche Verordnung

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Dosisschema für Alglucosidase alfa Datum (TT-MM-JJJJ):	
Gewicht des Patienten:	
Dosierung:	
Infusionsintervall:	
Zu infundierende Gesamtdosis pro Infusion:	
Benötigtes Volumen der rekonstituierten Alglucosidase alfa-Lösung (ml)	
Gesamtvolumen der verdünnten Lösung im Infusionsbeutel (ml):	
Infusionsrate:	
Medikamentöse Vorbehandlung (falls zutreffend) mit Dosierung und Art der Anwendung:	

V. Änderung der ärztlichen Verordnung

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Dosisschema für Alglucosidase alfa Datum (TT-MM-JJJJ):	
Gewicht des Patienten:	
Dosierung:	
Infusionsintervall:	
Zu infundierende Gesamtdosis pro Infusion:	
Benötigtes Volumen der rekonstituierten Alglucosidase alfa-Lösung (ml)	
Gesamtvolumen der verdünnten Lösung im Infusionsbeutel (ml):	
Infusionsrate:	
Medikamentöse Vorbehandlung (falls zutreffend) mit Dosierung und Art der Anwendung:	

VI. Notfallplan beim Auftreten einer schwerwiegenden Nebenwirkung

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Notfallnummer:

Unterbrechen Sie unverzüglich die Infusion (belassen Sie jedoch vorerst den venösen Zugang), wenn folgende Symptome auftreten:

Weitere Maßnahmen:

1. _____
2. _____
3. _____

VII. Daten zur Infusion

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

(von der infundierenden medizinischen Fachkraft auszufüllen)

Bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig. Dieses Patiententagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

Infusionsdaten	
Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ):	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten vor Infusionsbeginn: <i>(Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden):</i>	
Dosis:	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	
Charge/LOT-Nummer und Haltbarkeitsdatum der verwendeten Durchstechflaschen (für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Alglucosidase alfa-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nach der Infusion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion: <i>(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):</i>	
Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten nach der Infusion: <i>Beschreiben Sie alle gesundheitlichen Auffälligkeiten, die während oder kurz nach der Infusion hinzugekommen sind, falls vorhanden.</i>	
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Datum (TT-MM-JJJJ) und Unterschrift der für die Infusion verantwortlichen Person:	

VIII. Nachbestellung Therapie-Tagebuch

Falls Sie weitere Exemplare dieses Leitfadens mit Patienten-Tagebuch benötigen, kontaktieren Sie die Nummer +43 (0) 1 80185-0 oder wenden Sie sich per E-Mail an medinfo.de@sanofi.com.

