



Therapie-Tagebuch für Patienten*, die eine Heiminfusion mit Fabrazyme[®] erhalten

VERSION NR. 2.0
SEPTEMBER 2021


Fabrazyme[®]
agalsidase beta



*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.

Kontaktdaten (wird vom behandelnden Arzt ausgefüllt)

Notrufnummer:

Patient	
Name:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Postleitzahl/ Stadt:	
Telefon:	

Betreuungsperson des Patienten	
Name:	
Adresse:	
Postleitzahl/ Stadt:	
Telefon:	

Apotheke	
Name:	
Adresse:	
Postleitzahl/ Stadt:	
Telefon:	

Behandelnder Arzt	
Name:	
Krankenhaus:	
Adresse:	
Postleitzahl/ Stadt:	
Telefon:	
Notfall:	

Medizinisches Pflegepersonal	
Name:	
Einrichtung:	
Adresse:	
Postleitzahl/ Stadt:	
Telefon:	

Angaben zur Verabreichung (wird vom behandelnden Arzt ausgefüllt)

Fabrazyme® wird angewendet seit:	(TT.MM.JJJJ):
Erste Fabrazyme®-Infusion zu Hause:	TT.MM.JJJJ):

Fabrazyme®-Dosisschema	
Dosis:	
Infusionsintervall:	
Infusionsrate:	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der verdünnten Lösung im Infusionsbeutel (ml):	
Medikamentöse Vorbehandlung (falls zutreffend):	
Gründe für die Fabrazyme-Infusion zu Hause:	
Erkenntnisse und Maßnahmen aus dem Erstgespräch:	
Geben Sie an, welche Unterstützung das medizinische Fachpersonal zu Hause leisten soll:	

Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

1. Beenden Sie die Infusion

2. Rufen Sie die nationale Notrufnummer an

Telefonnummer:

3. Rufen Sie den Arzt an

Telefonnummer:

Telefonnummer (24/7):

Name des Arztes:

Name der Klinik:

Gesamtvolumen im Infusionsbeutel (ml):

Adresse:

4. Notfall-Medikamente

Medikation, einschließlich Dosis:

5. Zu benachrichtigende Kontaktperson des Patienten

Name:

Telefon:

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis

Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):

Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:

5 mg-Durchstechflaschen:

35 mg-Durchstechflaschen:

Infusionsdauer:

Infusionsrate:

Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):

Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person

Datum der Infusion:

(TT.MM.JJJJ):

Name der für die Infusion verantwortlichen Person:

Betreuungsperson (falls abweichend von oben):

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Füllen Sie dieses Formular für jeden Infusionstag aus

- Der Patient und/oder die Betreuungsperson(en) wurden über die mit der Heiminfusion von Fabrazyme® verbundenen Risiken informiert, und es wurde eine angemessene Aufklärung über die Verwendung von Notfallmedikamenten durchgeführt.
- Im Falle einer infusionsbedingten Reaktion muss die **Infusion sofort abgebrochen werden**
- Erforderliche Maßnahmen im Falle einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion, **einschließlich der Kontaktdaten für den Notfall**, sind im Therapie-Tagebuch beschrieben. Halten Sie diese Informationen während des Infusionsvorgangs griffbereit.

Dosis	
Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml):	
Anzahl der verwendeten Durchstechflaschen:	5 mg-Durchstechflaschen:
	35 mg-Durchstechflaschen:
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion, falls vorhanden (einschließlich infusionsbedingter Reaktion(en), durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis):	
Allgemeiner Gesundheitszustand des Patienten - Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden:	

5. Name der für die Infusion verantwortlichen Person	
Datum der Infusion:	(TT.MM.JJJJ):
Name der für die Infusion verantwortlichen Person:	
Betreuungsperson (falls abweichend von oben):	

Anmerkungen

Anmerkungen



Fabrazyme[®]
agalsidase beta

Meldung von Nebenwirkungen

Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt, Apotheker oder das medizinische Fachpersonal. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind. Sie können Nebenwirkungen auch direkt über das nationale Meldesystem anzeigen: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, A-1200 Wien, Fax: +43 (0) 50 555 36207, Website: <http://www.basg.gv.at>. Indem Sie Nebenwirkungen melden, können Sie dazu beitragen, dass mehr Informationen über die Sicherheit dieses Arzneimittels zur Verfügung gestellt werden.