



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

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

Aldurazyme (Laronidase)

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

Die Genehmigung dieser Schulungsmaterialien durch das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG/AGES) 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 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.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

1.	Ziel dieses Leitfadens.	3
2.	Allgemeine Informationen	3
2.1	Infusionsablauf.	4
2.2	Das Patiententagebuch	4
3.	Risiko von Überempfindlichkeitsreaktionen, deren Anzeichen sowie empfohlene Maßnahmen bei Auftreten von Symptomen.	5
4.	Lagerbedingungen von Laronidase.	6
5.	Meldung von Nebenwirkungen	7
Anhang: Das Patiententagebuch		8
I.	Kontaktdaten	9
II.	Unterschriften	10
III.	Administrative Einzelheiten	10
IV.	Ärztliche Verordnung.	11
V.	Änderung der ärztlichen Verordnung.	12
VI.	Notfallplan beim Auftreten einer schwerwiegenden Nebenwirkung . . .	13
VII.	Daten zur Infusion	14
VIII.	Nachbestellung Therapie-Tagebuch.	66

1. Ziel dieses Leitfadens

Zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt haben Sie entschieden, Ihre Infusionstherapie mit Laronidase 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 Laronidase.

Das Patiententagebuch im Anhang dieses Leitfadens wird für die Dokumentation der Heiminfusion und Ihrer Infusionen empfohlen und dient als Kommunikationsgrundlage für alle Beteiligten. Darüber hinaus enthält das Patiententagebuch den Notfallplan.

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

2. Allgemeine Informationen

Die Entscheidung, ob bei Ihnen eine Heiminfusion in Frage kommt, trifft Ihr behandelnder Arzt in Absprache mit Ihnen. Sie haben zum Zeitpunkt der Umstellung auf die Heiminfusion bereits regelmäßig die Behandlung mit Laronidase 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 mögliche 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 Laronidase-Dosis und die Infusionsraten 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 erhaltener Infusionen und als Kommunikationsgrundlage für alle Beteiligten im Rahmen der Heiminfusion von Laronidase.

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 dieses Leitfadens mit Patienten-Tagebuch benötigen, kontaktieren Sie unsere kostenfreie Servicenummer +43 (0) 180185-2244 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 Laronidase 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: Lebensbedrohliche, schwerwiegende allergische Reaktionen, extreme Schwierigkeiten beim Atmen, Schwellung des Hals-Rachen-Raumes, niedriger Blutdruck und geringe Sauerstoffsättigung im Körper. Bei einer schweren MPS I-bedingten Beteiligung der oberen Atemwege und Lungen können schwere Reaktionen auftreten, einschließlich Bronchospasmus (Einengung der oberen Luftwege), Atemstillstand und Gesichtssödem.

Ein besonderes Risiko für infusionsbedingte Reaktionen besteht z. B. bei Patienten mit einer akuten Erkrankung zum Zeitpunkt der Infusion. In diesen Fällen hält das Infusionspersonal vor Beginn Rücksprache mit Ihrem 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 vor Ort dem medizinischen Fachpersonal zur Verfügung stehen.

Im Falle von allergischen oder Überempfindlichkeitsreaktionen muss, wie im individuellen Notfallplan festgehalten, agiert werden. Dazu kann z. B. gehören, dass die Infusion vorübergehend unterbrochen oder sofort beendet wird 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 Laronidase

Laronidase darf nach dem auf der Faltschachtel aufgedruckten Verfallsdatum nicht mehr verwendet werden. Laronidase wird bei 2°C – 8°C im Kühlschrank gelagert.

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
Traisengasse 5
A-1200 Wien
Fax: +43 (0) 5055536207
Website: <https://www.basg.gv.at/>

oder dem pharmazeutischen Unternehmer (siehe Kontaktdaten unten).

Alle Schulungsmaterialien zu Laronidase (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 online über <https://www.campus.sanofi.at/services/risikomanagementplaene> verfügbar.

Anhang: Das Patiententagebuch

I. Kontaktdaten

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

II. Unterschriften

Patient über Maßnahmen und Risiken der Heiminfusion aufgeklärt:

Unterschrift Arzt/Ärztin

Patient mit Heiminfusion einverstanden:

Unterschrift Patient und/oder gesetzlicher Vertreter

III. Administrative Einzelheiten

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Laronidase wird angewendet seit:	Datum (TT-MM-JJJJ)
Erste Laronidase-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) Schulende/r:
Vereinbarer Unterstützungsbedarf für den Patienten durch medizinisches Fachpersonal im Rahmen der Heiminfusion	

IV. Ärztliche Verordnung

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Dosisschema für Laronidase						
Datum (TT-MM-JJJJ)						
Gewicht des Patienten:						
Dosierung:						
Infusionsintervall:						
Zu infundierende Gesamtdosis pro Infusion:						
Benötigtes Volumen der Laronidase-Lösung (ml):						
Gesamtvolumen der verdünnten Lösung im Infusionsbeutel (ml):						
Medikamentöse Vorbehandlung (falls zutreffend) mit Dosierung und Art der Anwendung:						
Infusionsrate (Zutreffendes bitte markieren)						
Schrittweise Erhöhung der Laronidase Infusion	Gesamt-infusionsvolumen (ml)	Schritt 1	Schritt 2	Schritt 3	Schritt 4	Schritt 5
		15 min	15 min	15 min	15 min	ca. 3 Std.
Patienten ≤ 20 kg	100	2 ml/h	4 ml/h	8 ml/h	16 ml/h	32 ml/h
Patienten > 20 kg	250	5 ml/h	10 ml/h	20 ml/h	40 ml/h	80 ml/h
Notizen:						

V. Änderung der ärztlichen Verordnung

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Dosisschema für Laronidase Datum (TT-MM-JJJJ)	
Gewicht des Patienten:	
Dosierung:	
Infusionsintervall:	
Zu infundierende Gesamtdosis pro Infusion:	
Benötigtes Volumen der Laronidase-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/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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:	

Infusionsdaten	
Datum/Uhrzeit der hergestellten Infusionslösung:	
Datum/Uhrzeit der Infusion:	
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 (im Fall, dass Nebenwirkungen auftreten):	
Benötigtes Volumen der Aldurazyme-Lösung (ml):	
Gesamtvolumen der Infusion (ml):	
Infusionsdauer:	
Infusionsrate:	
Gab es Auffälligkeiten/Reaktionen im Rahmen der Infusion?	Während der Infusion? Ja ___ Nein ___ Nach der Infusion? Ja ___ 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 unsere kostenfreie Servicenummer +43 (0) 1 80185 - 0 oder wenden Sie sich per E-Mail an medinfo.de@sanofi.com.

