



# Heiminfusion mit Fabrazyme®

**Therapie-Tagebuch für Patienten  
mit Morbus Fabry, die eine  
Heiminfusion mit Fabrazyme® erhalten**

## Allgemeine Daten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

### Patient

Name:

Vorname:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Telefon:

## Allgemeine Daten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

### Behandelnder Arzt

Name:

Krankenhaus/Praxis:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Telefon:

Notfallnummer:

## Allgemeine Daten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

### Apotheke

Name:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Telefon:

**Patient über Maßnahmen und Risiken  
der Heiminfusion aufgeklärt:**

*Unterschrift Arzt:*

**Patient mit Heiminfusion  
einverstanden:**

*Unterschrift Patient und/oder gesetzlicher Vertreter:*

## **Administrative Einzelheiten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)**

<i>Fabrazyme® wird angewendet seit</i>	<i>Datum (TT-MM-JJJJ):</i>
<i>Erste Fabrazyme®-Infusion zu Hause</i>	<i>Datum (TT-MM-JJJJ):</i>
<i>Patienten und/oder Betreuer und medizinische Hilfskraft für Heiminfusion geschult?</i>	<i>Datum (TT-MM-JJJJ):</i>  <i>Schulender:</i>
<i>Vereinbarter ärztlicher Unterstützungsbedarf für den Patienten durch medizinisches Pflegepersonal im Rahmen der Heiminfusion</i>	

## Ärztliche Verordnung

<b>Dosisschema für Fabrazyme® Datum (TT-MM-JJJJ):</b>	
<i>Alter des Patienten</i>	
<i>Gewicht des Patienten</i>	
<i>Zu infundierende Gesamtdosis pro Infusion ([mg Fabrazyme® pro kg Körpergewicht] x Körpergewicht in kg)</i>	
<i>Infusionsintervall</i>	
<i>Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml) (Gesamtdosis [mg]: Ausgangskonzentration [5 mg/ml])</i>	
<i>Gesamtvolumen der verdünnten Lösung im Infusionsbeutel (ml)</i>	
<i>Infusionsrate</i>	
<i>Medikamentöse Vorbehandlung (falls zutreffend) mit Dosierung und Art der Anwendung</i>	

## Änderung der ärztlichen Verordnung

<b>Dosisschema für Fabrazyme® Datum (TT-MM-JJJJ):</b>	
<i>Alter des Patienten</i>	
<i>Gewicht des Patienten</i>	
<i>Zu infundierende Gesamtdosis pro Infusion ([mg Fabrazyme® pro kg Körpergewicht] x Körpergewicht in kg)</i>	
<i>Infusionsintervall</i>	
<i>Benötigtes Volumen der aufgelösten Fabrazyme®-Lösung (ml) (Gesamtdosis [mg]: Ausgangskonzentration [5 mg/ml])</i>	
<i>Gesamtvolumen der verdünnten Lösung im Infusionsbeutel (ml)</i>	
<i>Infusionsrate</i>	
<i>Medikamentöse Vorbehandlung (falls zutreffend) mit Dosierung und Art der Anwendung</i>	



## Notfallplan beim Auftreten einer schwerwiegenden infusionsbedingten Reaktion

*Notfallnummer:*

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



**weitere Maßnahmen:**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Daten zur Infusion – bitte dokumentieren Sie jede Infusion sorgfältig auf einer der nachfolgenden Seiten!**

Dieses Therapie-Tagebuch ermöglicht Ihnen die Dokumentation aller Infusionen über einen Zeitraum von 12 Monaten.

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*



## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*



## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusions Sitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionssitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusions Sitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*



## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusions Sitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen, durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## Füllen Sie dieses Formular für jede Infusionsitzung aus

### Infusionsdaten

*Datum der Infusion (TT-MM-JJJJ)*

*Gesundheitlicher Allgemeinzustand des Patienten*

*Beschreiben Sie alle neuen gesundheitlichen Probleme, die Sie derzeit vor der Infusion haben, falls vorhanden*

*Dosis*

*Anzahl der verwendeten 5 mg  
Durchstechfläschchen*

*Anzahl der verwendeten 35 mg  
Durchstechfläschchen*

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

*Gesamtvolumen der Infusion (ml)*

*Infusionsdauer*

*Infusionsrate*

*Aufgetretene Probleme/Bemerkungen  
bezüglich der Infusion*

*(einschließlich infusionsbedingter Reaktionen,  
durchgeführte Maßnahmen und Ergebnis)*

*Name der für die Infusion  
verantwortlichen Person und Datum*

## **Nachbestellung Therapietagebuch**

Falls Sie weitere Exemplare des Therapietagebuches benötigen, kontaktieren Sie unsere kostenfreie Servicenummer **0800 04 36 996** oder wenden Sie sich per E-mail an **[medinfo.de@sanofi.com](mailto:medinfo.de@sanofi.com)**

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH  
medinfo.de@sanofi.com  
Tel.: 0800 04 36 996

Version 2 (Stand: Januar 2018)

