



2023

Substitutionskalender
für Hämophilie-Patienten

 **Admire Mushurwa**

Admire kommt aus dem Vereinigten Königreich
und hat Hämophilie A und Hemmkörper

**changing
haemophilia®**


novo nordisk®

Vom Patienten auszufüllen

Patient

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

Hämophiliezentrum / Hämophiliebehandler

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Notfalltelefon: _____

Hausarzt

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Notfalltelefon: _____

Im Notfall zu benachrichtigen

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

Vom Arzt auszufüllen

Art der Gerinnungsstörung _____

Restaktivität (%) _____

Behandlungsschema bei Bedarf Prophylaxe
vom _____ bis _____

Behandlung Präparat: _____ Dosierung: _____

Zeitpunkt der Gabe _____

Gerinnungspräparat Faktor VII(a) plasmatisch
Faktor VIII rekombinant
Faktor IX Faktor VIII/WF

Nur für den Fall, dass das Behandlungsschema in diesem Jahr geändert werden muss(te)

Behandlungsschema bei Bedarf Prophylaxe
vom _____ bis _____

Behandlung Präparat: _____ Dosierung: _____

Zeitpunkt der Gabe _____

Gerinnungspräparat Faktor VII(a) plasmatisch
Faktor VIII rekombinant
Faktor IX Faktor VIII/WWF

Lieber Patient,

seit mehr als 25 Jahren hat sich der Substitutionskalender bereits etabliert. Er dient der lückenlosen Dokumentation aller Behandlungsdaten von Menschen mit Hämophilie. Mit der Eintragung Ihrer Behandlungsdaten unterstützen Sie Ihren behandelnden Arzt. Er hat nach §14 des Transfusionsgesetzes jede Anwendung von Blutprodukten und von gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen für die in diesem Gesetz geregelten Zwecke, für Zwecke der ärztlichen Behandlung der von der Anwendung betroffenen Personen und für Zwecke der Risikoerfassung nach dem Arzneimittelgesetz zu dokumentieren oder dokumentieren zu lassen.

Der Kalender dient der Vorlage bei Ihrem behandelnden Arzt zur Überprüfung und zum Nachweis aller Verbrauchsdaten.

Bitte tragen Sie **jede** Substitution von Gerinnungsfaktoren in Ihren Kalender ein: die Mengen, die Sie sich (oder Ihrem Kind) gespritzt haben, was Sie vom Arzt bei einer ambulanten Operation (z. B. Zahnarzt) erhalten haben, genauso wie die Gaben im Rahmen eines stationären Aufenthalts (im In- oder Ausland).

Was sollte wie eingetragen werden?

- **Präparat:** Name Ihres Gerinnungsfaktors
- **Uhrzeit:** Exakte Uhrzeit der Infusion
- **Vollständige Chargennummer:** Bitte das Dokumentationsetikett einkleben. Sollten Sie nacheinander Flaschen aus derselben Charge benutzen, genügen auch Wiederholungsstriche („).
- **Verabreicht von bzw. wo:** Machen Sie mit einem Kreuz kenntlich, ob Sie den Faktor selbst gespritzt haben oder ihn im ambulanten oder stationären Bereich erhalten haben.
- **Anlass:** Wählen Sie zwischen Prophylaxe, Blutung/Trauma oder Operation. Folgebehandlungen werden unter Blutung/Trauma eingetragen. Als Trauma sind hier innere, also nicht sichtbare Blutungen zu verstehen.

- **Blutungsort und Schweregrad:** Tragen Sie im entsprechenden Feld des Blutungsortes mit der Angabe zwischen 1 und 3 den Schweregrad ein (1=leicht, 2=mittel oder 3=schwer). Bei Blutungen an „anderen“ Orten notieren Sie das unter „Bemerkungen“.
- **Fehltage:** Hämophiliebedingte Fehltage als Kreuz (X), andere Fehltage (Grippe etc.) als Kreis (O) eintragen.
- **Bemerkungen:** Hier notieren Sie alles, was Sie als wichtig erachten – zusätzliche Informationen zum Blutungsort, sonstige Erkrankungen, Medikamente, Unverträglichkeiten etc.
- **Körpergewicht:** Bitte jeweils am Monatsanfang ermitteln.

Sollte bei einem Blutungsereignis der Platz in der Zeile nicht ausreichen, so kleben Sie alle weiteren Aufkleber unter Angabe von Datum, Uhrzeit und Menge auf eine der Nachtragsseiten am Ende Ihres Kalenders. Verweisen Sie darauf im Feld „Bemerkungen“.

Am unteren Ende jeder Seite kann Ihr Arzt Ihre Angaben für die Dateneingabe ins Deutsche Hämophilieregister (DHR) einfach zusammenstellen.

Bitte vereinbaren Sie **mindestens** 2x im Jahr einen Termin mit Ihrem Arzt/Zentrum. Bringen Sie bitte dazu immer Ihren Substitutionskalender mit.

Ihr Novo Nordisk Team



Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
1 So										
2 Mo	20:15	3000	837498535u23ndfs8342	X					X	
3 Di										
4 Mi										
5 Do										
6 Fr										
7 Sa	08:15	2000	"	X					X	
8 So										
9 Mo										
10 Di										
11 Mi										
12 Do										
13 Fr										
14 Sa										
15 So										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		
		5000	2		0	0		5000		

Blutungsort
(1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)

Gewicht: 65,8 kg

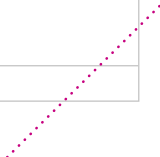
anderer	Sprung- gelenk		Knie		Ellen- bogen		anderer	Fehltag (X o O), siehe unten	Bemerkungen
	re	li	re	li	re	li			
					2				am Ellenbogen gestoßen, zuerst nichts bemerkt, erst zu Hause dann gespritzt
		1							
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)								siehe auch stat. Aufenthalt	
		1				1		0	

				Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
1 So										
2 Mo										
3 Di										
4 Mi										
5 Do										
6 Fr										
7 Sa										
8 So										
9 Mo										
10 Di										
11 Mi										
12 Do										
13 Fr										
14 Sa										
15 So										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)					
--	--	---	--	--	--	--	--

Gewicht: _____

anderer	Sprung- gelenk		Knie		Ellen- bogen		anderer	Fehltag (X o O), siehe unten	Bemerkungen
	re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)								siehe auch stat. Aufenthalt	



				Verabreicht von/wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
16 Mo										
17 Di										
18 Mi										
19 Do										
20 Fr										
21 Sa										
22 So										
23 Mo										
24 Di										
25 Mi										
26 Do										
27 Fr										
28 Sa										
29 So										
30 Mo										
31 Di										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

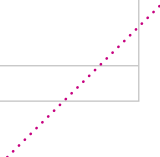
				Verabreicht von/wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation
1 Mi										
2 Do										
3 Fr										
4 Sa										
5 So										
6 Mo										
7 Di										
8 Mi										
9 Do										
10 Fr										
11 Sa										
12 So										
13 Mo										
14 Di										
15 Mi										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

				Verbreicht von/wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
16 Do										
17 Fr										
18 Sa										
19 So										
20 Mo										
21 Di										
22 Mi										
23 Do										
24 Fr										
25 Sa										
26 So										
27 Mo										
28 Di										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

				Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
1 Mi										
2 Do										
3 Fr										
4 Sa										
5 So										
6 Mo										
7 Di										
8 Mi										
9 Do										
10 Fr										
11 Sa										
12 So										
13 Mo										
14 Di										
15 Mi										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)							
anderer	Sprung- gelenk		Knie		Ellen- bogen		anderer	Fehltag (X o O), siehe unten	Bemerkungen
	re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)								siehe auch stat. Aufenthalt	

Gewicht: _____



				Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
16 Do										
17 Fr										
18 Sa										
19 So										
20 Mo										
21 Di										
22 Mi										
23 Do										
24 Fr										
25 Sa										
26 So										
27 Mo										
28 Di										
29 Mi										
30 Do										
31 Fr										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

				Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
1 Sa										
2 So										
3 Mo										
4 Di										
5 Mi										
6 Do										
7 Fr										
8 Sa										
9 So										
10 Mo										
11 Di										
12 Mi										
13 Do										
14 Fr										
15 Sa										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

				Verbreicht von/wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
16 So										
17 Mo										
18 Di										
19 Mi										
20 Do										
21 Fr										
22 Sa										
23 So										
24 Mo										
25 Di										
26 Mi										
27 Do										
28 Fr										
29 Sa										
30 So										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

				Verbreicht von / wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
1 Mo										
2 Di										
3 Mi										
4 Do										
5 Fr										
6 Sa										
7 So										
8 Mo										
9 Di										
10 Mi										
11 Do										
12 Fr										
13 Sa										
14 So										
15 Mo										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

Blutungsort
(1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)

Gewicht: _____

anderer	Sprung- gelenk		Knie		Ellen- bogen		anderer	Fehltag (X o O), siehe unten	Bemerkungen
	re	li	re	li	re	li			
	Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

				Verbreicht von / wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
16 Di										
17 Mi										
18 Do										
19 Fr										
20 Sa										
21 So										
22 Mo										
23 Di										
24 Mi										
25 Do										
26 Fr										
27 Sa										
28 So										
29 Mo										
30 Di										
31 Mi										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

				Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation
1 Do										
2 Fr										
3 Sa										
4 So										
5 Mo										
6 Di										
7 Mi										
8 Do										
9 Fr										
10 Sa										
11 So										
12 Mo										
13 Di										
14 Mi										
15 Do										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

				Verabreicht von/wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
16 Fr										
17 Sa										
18 So										
19 Mo										
20 Di										
21 Mi										
22 Do										
23 Fr										
24 Sa										
25 So										
26 Mo										
27 Di										
28 Mi										
29 Do										
30 Fr										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

				Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
1 Sa										
2 So										
3 Mo										
4 Di										
5 Mi										
6 Do										
7 Fr										
8 Sa										
9 So										
10 Mo										
11 Di										
12 Mi										
13 Do										
14 Fr										
15 Sa										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

				Verbreicht von / wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
16 So										
17 Mo										
18 Di										
19 Mi										
20 Do										
21 Fr										
22 Sa										
23 So										
24 Mo										
25 Di										
26 Mi										
27 Do										
28 Fr										
29 Sa										
30 So										
31 Mo										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

Gewicht: _____

anderer	Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						anderer	Fehltag (X o O), siehe unten	Bemerkungen
	Sprung- gelenk		Knie		Ellen- bogen				
	re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt		

August

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Verabreicht von/wo (X)			Anlass (X)		
				Pat./Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch
1 Di									
2 Mi									
3 Do									
4 Fr									
5 Sa									
6 So									
7 Mo									
8 Di									
9 Mi									
10 Do									
11 Fr									
12 Sa									
13 So									
14 Mo									
15 Di									
Angaben für DHR	Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)			amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl/Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)	

Fehltag: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

August

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Verbreicht von / wo (X)			Anlass (X)		
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch
16 Mi									
17 Do									
18 Fr									
19 Sa									
20 So									
21 Mo									
22 Di									
23 Mi									
24 Do									
25 Fr									
26 Sa									
27 So									
28 Mo									
29 Di									
30 Mi									
31 Do									
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfs- behandlung (Addieren Sie die Einheiten!)	

Fehltag: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

Blutungsort
 (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)

Gewicht: _____

anderer	Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer	Fehltag (X o O), siehe unten	Bemerkungen
	re	li	re	li	re	li			
	Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

September

Präparat: _____

Verbreicht von / wo (X)

Anlass (X)

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Verbreicht von / wo (X)			Anlass (X)		
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch
1 Fr									
2 Sa									
3 So									
4 Mo									
5 Di									
6 Mi									
7 Do									
8 Fr									
9 Sa									
10 So									
11 Mo									
12 Di									
13 Mi									
14 Do									
15 Fr									
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)	

Fehltag: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

Blutungsort
(1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)

Gewicht: _____

anderer	Sprung- gelenk		Knie		Ellen- bogen		anderer	Fehltag (X o O), siehe unten	Bemerkungen
	re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)								siehe auch stat. Aufenthalt	<div style="background-color: #e67e22; color: white; padding: 5px;"> Fragen Sie Ihren behandelnden Arzt nach dem Substitutionskalender 2024 </div>

				Verbreicht von/wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
16 Sa										
17 So										
18 Mo										
19 Di										
20 Mi										
21 Do										
22 Fr										
23 Sa										
24 So										
25 Mo										
26 Di										
27 Mi										
28 Do										
29 Fr										
30 Sa										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

Blutungsort
(1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)

Gewicht: _____

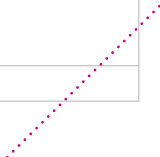
anderer	Sprung- gelenk		Knie		Ellen- bogen		anderer	Fehltag (X o O), siehe unten	Bemerkungen
	re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)								siehe auch stat. Aufenthalt	<p>Fragen Sie Ihren behandelnden Arzt nach dem</p> <p>Substitutionskalender 2024</p>

				Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
1 So										
2 Mo										
3 Di										
4 Mi										
5 Do										
6 Fr										
7 Sa										
8 So										
9 Mo										
10 Di										
11 Mi										
12 Do										
13 Fr										
14 Sa										
15 So										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

				Verabreicht von/wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
16 Mo										
17 Di										
18 Mi										
19 Do										
20 Fr										
21 Sa										
22 So										
23 Mo										
24 Di										
25 Mi										
26 Do										
27 Fr										
28 Sa										
29 So										
30 Mo										
31 Di										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)							
anderer	Sprung- gelenk		Knie		Ellen- bogen		anderer	Fehltag (X o O), siehe unten	Bemerkungen
	re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)								siehe auch stat. Aufenthalt	

Gewicht: _____



November

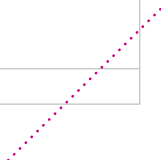
Präparat: _____

				Verabreicht von/wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
1 Mi										
2 Do										
3 Fr										
4 Sa										
5 So										
6 Mo										
7 Di										
8 Mi										
9 Do										
10 Fr										
11 Sa										
12 So										
13 Mo										
14 Di										
15 Mi										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

Fehltag: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)							
anderer	Sprung- gelenk		Knie		Ellen- bogen		anderer	Fehltag (X o O), siehe unten	Bemerkungen
	re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)								siehe auch stat. Aufenthalt	

Gewicht: _____



November

Präparat: _____

				Verbreicht von/wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
16 Do										
17 Fr										
18 Sa										
19 So										
20 Mo										
21 Di										
22 Mi										
23 Do										
24 Fr										
25 Sa										
26 So										
27 Mo										
28 Di										
29 Mi										
30 Do										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

Fehltag: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

Blutungsort
(1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)

Gewicht: _____

anderer

Sprung-
gelenk

Knie

Ellen-
bogen

anderer

Fehltag
(X o O), siehe unten

Bemerkungen

Substitutionsbedürftige Blutungen
(Addieren Sie die Anzahl)

siehe auch
stat. Aufenthalt

				Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
1	Fr									
2	Sa									
3	So									
4	Mo									
5	Di									
6	Mi									
7	Do									
8	Fr									
9	Sa									
10	So									
11	Mo									
12	Di									
13	Mi									
14	Do									
15	Fr									
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

Dezember

Präparat: _____

				Verabreicht von/wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
16 Sa										
17 So										
18 Mo										
19 Di										
20 Mi										
21 Do										
22 Fr										
23 Sa										
24 So										
25 Mo										
26 Di										
27 Mi										
28 Do										
29 Fr										
30 Sa										
31 So										
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandl.	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		

Fehltag: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

Kalender 2023

Januar

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Februar

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28					

März

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

April

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Mai

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Juni

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Juli

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

August

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

September

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Oktober

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

November

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Dezember

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Kalender 2024

Januar						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Februar						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29			

März						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

April						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Mai						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Juni						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Juli						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

August						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

September						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Oktober						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

November						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Dezember						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Zusammenfassung der Dokumentation

Monat	Präparat(e)	Verabreichte Einheiten	Körpergewicht	Anzahl der Blutungen	Anzahl der hämophiliebedingten Feiertage
Januar					
Februar					
März					
April					
Mai					
Juni					
Juli					
August					
September					
Oktober					
November					
Dezember					

Fragen Sie Ihren behandelnden Arzt nach dem
Substitutionskalender 2024

Auf Empfehlung von:

Deutsches Hämophileregister (DHR)

Deutsche Hämophiliegesellschaft e.V. (DHG)

Interessengemeinschaft Hämophiler e.V. (IGH)

Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e.V. (GTH)

Paul-Ehrlich-Institut (PEI)

Was läuft?

haemcare.de ist dein Portal für alles
Wichtige über Blutgerinnungsstörungen,
Fitness, Essen+Trinken, Reisen, Apps ...
und was gerade so läuft.



Novo Nordisk Pharma GmbH, Brucknerstraße 1, 55127 Mainz

Tel.: 06131-9030, Fax: 06131-903 1370, novonordisk.de

Changing Haemophilia® ist eine eingetragene Marke der Novo Nordisk Health Care AG
und der Apis-Stier ist eine eingetragene Marke von Novo Nordisk A/S.

© 2022 Novo Nordisk Health Care AG, Zürich, Schweiz
Art.-Nr. 710641 (05/2022) DE22CH00087 Druck: 06/2022

**changing
haemophilia®**

