

VICTOR DA SILVA MELCUNAS
Brasilien
Hämophilie A



2022

Substitutionskalender

**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/VWF

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 Hämophileregister (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 Sa										
2 So										
3 Mo	20:15	3000	837498535u23ndfs8342	X					X	
4 Di										
5 Mi										
6 Do										
7 Fr										
8 Sa	08:15	2000	"	X					X	
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!)		
		5000	2		0	0		5000		

				Verbreicht 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!)		

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Verabreicht von/wo (X)			Anlass (X)		
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch
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!)	

				Verabreicht von/wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
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!)		

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Verabreicht 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									
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 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!)		

				Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			
Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation
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.	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	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!)		

				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!)		

				Verbreicht 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!)		

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Verbreicht von / wo (X)			Anlass (X)		
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch
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										
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!)		

				Verbreicht 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!)		

				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!)		

August

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Verbreicht von/wo (X)			Anlass (X)		
				Pat./Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch
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!)	

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

August

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)		
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch
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!)

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

				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!)		

				Verbreicht 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!)		

Oktober

Präparat: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreißetikett	Verabreicht von/wo (X)			Anlass (X)		
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch
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!)	

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

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 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

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 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										
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

				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!)		

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	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									
31	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!)		

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

Kalender 2022

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 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

Zusammenfassung der Dokumentation

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

Fragen Sie Ihren behandelnden Arzt nach dem
Substitutionskalender 2023

Auf Empfehlung von:

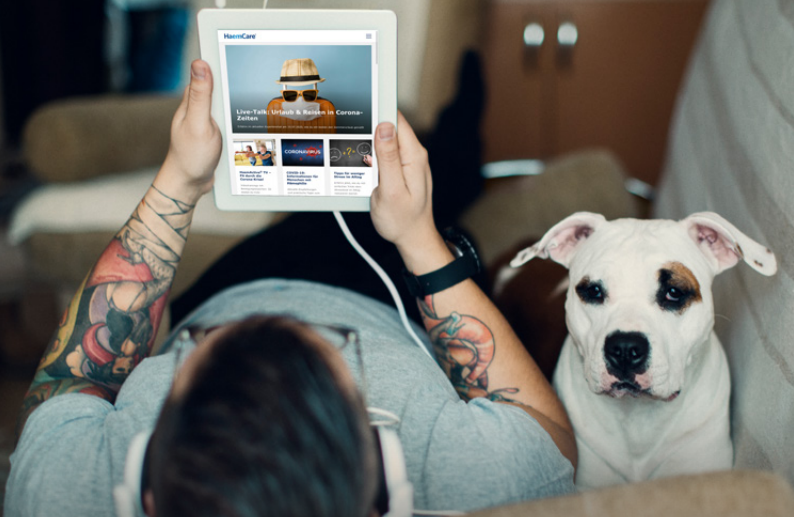
Deutsches Hämophileregister (DHR)

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 ... und die HaemExperten updaten dich in kurzen Videos zu Corona, GSAV und was sonst so läuft. **Sieh's dir an!**

Novo Nordisk Pharma GmbH, Brucknerstraße 1, 55127 Mainz

Tel.: 06131-903 0, 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.

© 2021 Novo Nordisk Health Care AG, Zürich, Schweiz

Art.-Nr. 709619 (05/2021) DE21CH00048 Druck: 07/2021.

**changing
haemophilia®**


novo nordisk®