

changing haemophilia®

~~schlechte~~ verbesserte Lebensqualität



LIAM CLEMENS
USA
Hämophilie A

Hämophilie verändern.
Lebensqualität verbessern.

Substitutionskalender
2019

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 (%) _____

Behaltungsschema bei Bedarf Prophylaxe
vom _____ bis _____

Behaltung Präparat: _____ Dosierung: _____

Zeitpunkt der Gabe _____

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

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

Behaltungsschema bei Bedarf Prophylaxe
vom _____ bis _____

Behaltung 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“.
- **Fehltag:** Hämophiliebedingte Fehltag als Kreuz (X), andere Fehltag (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** 2 x im Jahr einen Termin mit Ihrem Arzt/Zentrum. Bringen Sie bitte dazu immer Ihren Substitutionskalender mit.

Ihr Novo Nordisk Team

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen		
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	Sprung- gelenk		Knie		Ellen- bogen			anderer	
											re	li	re	li	re				li
1 Di																			
2 Mi																			
3 Do	20:15	3000	837498535u23ndfs8342	X										2			am Ellenbogen gestoßen, zuerst nichts bemerkt, erst zuhause dann gespritzt		
4 Fr																			
5 Sa	08:15	2000	"	X						1									
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs- behandlung (Addieren Sie die Einheiten!)	Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)						siehe auch star. Aufenthalt					
	5000		2	0	0		5000	1				1			0				

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

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen						
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer					
												re	li	re	li	re	li								
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)												Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)					siehe auch star. Aufenthalt	

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

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag(e) (X oder O), siehe unten	Bemerkungen			
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	Sprunggelenk		Knie				Ellenbogen		anderer
											re	li	re	li			re	li	
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)	Dauerbehandlung	Bedarfs- behandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)						siehe auch stat. Aufenthalt				

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

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen		
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen			anderer	
											re	li	re	li	re				li
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)	stet. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)			Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stet. Aufenthalt	

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

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag(e) (X oder O), siehe unten	Bemerkungen		
				Pat. / Behandler	ambulanz (OP)		stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen			anderer	
													re	li	re	li	re				li
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																					
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)	Dauerbehandlung		Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt			

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

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag(e) (X oder O), siehe unten	Bemerkungen	
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer
												re	li	re	li	re	li			
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)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)											Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)		siehe auch stat. Aufenthalt

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

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag(e) (X oder O), siehe unten	Bemerkungen	
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer
												re	li	re	li	re	li			
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)	Dauerbehandlung	Bedarfs- behandlung (Addieren Sie die Einheiten!)			Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)						siehe auch stat. Aufenthalt				

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

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)		Anlass (X)			Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen			
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	Sprunggelenk		Knie				Ellenbogen		anderer
											re	li	re	li			re	li	
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs- behandlung (Addieren Sie die Einheiten!)								Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)		siehe auch star. Aufenthalt	

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

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen	
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer
												re	li	re	li	re	li			
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																				
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED)(Addieren Sie die Anzahl der Tage)	amb. OP (Anzahl)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)											siehe auch star. Aufenthalt		

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

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)						Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Bemerkungen
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen		anderer				
												re	li	re	li	re	li					
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)														Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)	siehe auch star. Aufenthalt

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als 0

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag(e) (X oder O), siehe unten	Bemerkungen		
				Pat. / Behandler	ambulanz (OP)		stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen			anderer	
													re	li	re	li	re				li
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)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)			Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)						siehe auch stat. Aufenthalt					

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

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen		
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen			anderer	
											re	li	re	li	re				li
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)			Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)						siehe auch star. Aufenthalt		

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

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsart (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen	
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer
												re	li	re	li	re	li			
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)											Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)		siehe auch star. Aufenthalt

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

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen		
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen			anderer	
											re	li	re	li	re				li
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)										Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)	siehe auch star. Aufenthalt	

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

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag(e) (X oder O), siehe unten	Bemerkungen	
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer
												re	li	re	li	re	li			
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)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)	Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)						siehe auch stat. Aufenthalt					

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

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen	
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer
												re	li	re	li	re	li			
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)											Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)	siehe auch star. Aufenthalt	

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

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltage (X oder O), siehe unten	Bemerkungen	
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer
												re	li	re	li	re	li			
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)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)			Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)						siehe auch stat. Aufenthalt				

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

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltage (X oder O), siehe unten	Bemerkungen	
				Pat. / Behandler	ambulanz (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer
												re	li	re	li	re	li			
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)			Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch star. Aufenthalt	<div style="background-color: #e84c3d; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Fragen Sie Ihren behandelnden Arzt nach dem Substitutionskalender 2019 </div>	

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

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)			Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen		
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen			anderer	
											re	li	re	li	re				li
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																			
Angaben für DHR		Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED)(Addieren Sie die Anzahl der Tage)	amb. OP (Anzahl)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)	Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)						siehe auch star. Aufenthalt	Fragen Sie Ihren behandelnden Arzt nach dem Substitutionskalender 2020				

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

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen	
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer
												re	li	re	li	re	li			
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)			Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)						siehe auch star. Aufenthalt			

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

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen	
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer
												re	li	re	li	re	li			
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)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)		Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)						siehe auch stat. Aufenthalt				

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

November

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen									
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer								
												re	li	re	li	re	li											
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)													Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch star. Aufenthalt	

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

November

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen		
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer	
												re	li	re	li	re	li				
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)			Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch star. Aufenthalt			

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

Dezember

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsart (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Fehltag (X oder O), siehe unten	Bemerkungen	
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen				anderer
												re	li	re	li	re	li			
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)	star. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs- behandlung (Addieren Sie die Einheiten!)			Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch star. Aufenthalt		

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

Dezember

Präparat: _____

Gewicht: _____

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer Abreibetikett	Verabreicht von / wo (X)						Anlass (X)		Blutungsort (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer)						Bemerkungen	
				Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen			anderer
												re	li	re	li	re	li		
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)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!)											Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)	siehe auch stat. Aufenthalt

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als 0

Kalender 2019

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 2020

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		

Dokumentation der neu erhaltenen Präparatemengen

Datum	Name des Präparats	Menge	Chargennummer	geliefert von	verwendbar bis

Zusammenfassung der Dokumentation

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

Notizen

Fragen Sie Ihren behandelnden Arzt nach dem
Substitutionskalender 2020

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)

HaemCare™

Hämophilie verändern. Lebensqualität verbessern.

Ernährung
Physiotherapie
Training
Schmerz
Reisen

Novo Nordisk hat HaemCare™ ins Leben gerufen, um Menschen mit Hämophilie, deren Familien sowie behandelnde Ärzte, Betreuer und Therapeuten zu unterstützen.

HaemCare™ ist Bestandteil der internationalen Changing Haemophilia® Initiative.

Mit HaemCare™ bieten wir ein umfassendes Angebot an Serviceleistungen und stehen bei Fragen oder Anregungen jederzeit zur Verfügung.

www.haemcare.de

Novo Nordisk Pharma GmbH, Brucknerstraße 1, 55127 Mainz

Tel.: 06131-9030, Fax: 06131-903 1370, www.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.

© 2018 Novo Nordisk Healthcare AG, Zurich, Switzerland.

**changing
haemophilia®**

