LIBERATE
LIFE

2021

sobi

Hämophilie

Therapietagebuch 2021

Persönliche Angaben

Name .....

Adresse .....

Telefonnummer .....

Diagnose ☐ Hämophilie A ☐ Hämophilie B

Schweregrad ☐ schwer ☐ mittel ☐ leicht

Restaktivität Faktor .....%

Präparat .....

Behandlung ☐ Prophylaxe ☐ bei Bedarf

Angehörige

Name .....

Adresse .....

Telefonnummer .....

Angaben zum Hämophilie-Zentrum

Name .....

Adresse .....

Telefonnummer .....

Behandelnder Arzt .....

Vorwort

Das **Hämophilie-Therapietagebuch** wurde entworfen, um Menschen mit Hämophilie bei ihrer Behandlung mit einem Faktorpräparat zu **unterstützen** und die Therapie optimal zu **dokumentieren**.

Damit die Injektionen möglichst lückenlos und bestmöglich dargestellt werden können, tragen Sie bitte **jede Injektion und deren Grund** in Ihr Therapietagebuch ein.

In gemeinsamer, regelmäßiger Durchsicht und **enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt** ist es möglich, die Injektionstherapie jedes Patienten mit Hämophilie zu optimieren und falls nötig anzupassen.

Bitte bringen Sie Ihr Therapie-tagebuch immer mit, wenn Sie ins Hämophilie-Zentrum gehen und Ihren behandelnden Arzt sehen.

Gebrauchsanweisung Therapietagebuch

Das Muster auf der nächsten Seite soll Ihnen als Beispiel dienen und helfen, Ihre Behandlung möglichst optimal wiederzugeben.

Bitte tragen Sie folgende Daten und Informationen in die dafür vorgesehenen Felder ein:

- **Präparat:** Name des Faktorpräparats
- **Gewicht:** Körpergewicht am Monatsanfang
- **Datum:** Datum der Injektion
- **Zeit:** Uhrzeit der Injektion
- **Einheiten:** Gesamtzahl der injizierten Einheiten
- **Chargennummer:** vollständige Chargennummer des Präparats (nicht mit Chargennummer auf dem Wasserfläschchen verwechseln)
- **Behandlung:** Art und Grund der Behandlung (Unterscheidung Prophylaxe, Blutungsbehandlung bzw. Folgebehandlung einer Blutung)
- **Blutungsort:** Ort der Blutung bei Gelenkblutungen (Unterscheidung Sprunggelenk, Knie, Ellenbogen sowie die Seite: li/re)
- **Notizen:** Angaben und Anmerkungen zu Ihrer Behandlung, z. B. Unfälle, Ursachen einer Blutung, sonstige Erkrankungen und andere eingenommene Medikamente, evtl. Nebenwirkungen, Präparatwechsel, sonstige Blutungen (z. B. Muskel, Organe etc.)

Muster

Gewicht: 60 kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.		Behandlung: Prophylaxe	Behandlung: Blutungs-behandlung	Behandlung: Folge-behandlung
02.	07:11	0123456789 EXP Lot MUSTERPRODUKT	0123456789 EXP Lot MUSTERPRODUKT		X	
24.	06:56				X	
Zwischensumme		3.500	2	2		
		Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung		

MUS

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		Notizen
li	re	li	re	li	re	li	re	
Anzahl Blutungen								

ster

Wichtige Termine

Geburtstage

Veranstaltungen

Urlaub

Januar

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Januar

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Januar

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung: Prophylaxe	Behandlung: Blutungs-behandlung	Behandlung: Folge-behandlung
Zwischensumme					
		Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung	

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen
Anzahl Blutungen								

1. Monat

Februar

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Februar

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Februar

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung: Prophylaxe	Behandlung: Blutungs-behandlung	Behandlung: Folge-behandlung
Zwischensumme					
		Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung	

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen
Anzahl Blutungen								

2. Monat

März

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

März

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

März

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung: Prophylaxe	Behandlung: Blutungs-behandlung	Behandlung: Folge-behandlung
Zwischensumme					
		Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung	

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen
Anzahl Blutungen								

3. Monat

April

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

April

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

April

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung: Prophylaxe	Behandlung: Blutungs-behandlung	Behandlung: Folge-behandlung
Zwischensumme					
		Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung	

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen
Anzahl Blutungen								

4. Monat

Mai

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Mai

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Mai

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung: Prophylaxe	Behandlung: Blutungs-behandlung	Behandlung: Folge-behandlung
Zwischensumme					
		Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung	

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen
Anzahl Blutungen								

5. Monat

Juni

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Juni

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Juni

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung: Prophylaxe	Behandlung: Blutungs-behandlung	Behandlung: Folge-behandlung

Zwischensumme	Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen
Anzahl Blutungen								

6. Monat

Juli

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Juli

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Juli

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung: Prophylaxe	Behandlung: Blutungs-behandlung	Behandlung: Folge-behandlung

Zwischensumme	Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen
Anzahl Blutungen								

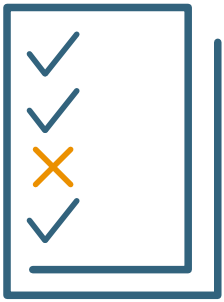
7. Monat

Travel

Meine Reiseziele

Was nehme ich mit

Nicht vergessen



August

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

August

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

August

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung: Prophylaxe	Behandlung: Blutungs-behandlung	Behandlung: Folge-behandlung

Zwischensumme	Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen
Anzahl Blutungen								

8. Monat

September

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

September

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

September

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung
Zwischensumme					
		Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung	

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen
Anzahl Blutungen								

9. Monat

Oktober

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Oktober

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Oktober

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung: Prophylaxe	Behandlung: Blutungs-behandlung	Behandlung: Folge-behandlung
Zwischensumme					
		Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung	

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen
Anzahl Blutungen								

10. Monat

Geschenkideen

Familie

Freunde

Weihnachtswunschliste
Meine Wünsche

November

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

November

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

November

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung: Prophylaxe	Behandlung: Blutungs-behandlung	Behandlung: Folge-behandlung

Zwischensumme	Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen
Anzahl Blutungen								

11. Monat

Dezember

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Dezember

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung		
			Prophylaxe	Blutungs-behandlung	Folge-behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen

Dezember

Gewicht: ..... kg

Datum	Zeit	Einheiten/Chargen-Nr.	Behandlung: Prophylaxe	Behandlung: Blutungs-behandlung	Behandlung: Folge-behandlung

Zwischensumme	Zwischensumme Einheiten	Zwischensumme Expositionstage	Zwischensumme Behandlung

Ort und Schweregrad der Blutung

Präparat: .....

Knie		Sprung-gelenk		Ellenbogen		andere		
li	re	li	re	li	re	li	re	Notizen
Anzahl Blutungen								

12. Monat

Quartalsübersicht

1. Quartal 2021 (Januar–März)

Persönliche Daten

Verwendetes Präparat	
Behandlung	☐ Prophylaxe ☐ bei Bedarf
Dosierung	Dosis = kg =
Hemmkörper	☐ nein ☐ ja Titer (BE): _____ Datum: _____
HBV-Impfstatus	Anti-HBsAg: _____ Datum: _____
Vorgeschädigte Gelenke	☐ nein ☐ ja Ort: _____ _____

Orthopädischer Status

Gelenk	Sprung-gelenk		Knie		Ellenbogen		andere	
Ort	re	li	re	li	re	li	re	li
Orthopädischer Score								
Pettersson-Score								

2. Quartal 2021 (April–Juni)

Persönliche Daten

Verwendetes Präparat	
Behandlung	☐ Prophylaxe ☐ bei Bedarf
Dosierung	Dosis = kg =
Hemmkörper	☐ nein ☐ ja Titer (BE): _____ Datum: _____
HBV-Impfstatus	Anti-HBsAg: _____ Datum: _____
Vorgeschädigte Gelenke	☐ nein ☐ ja Ort: _____ _____

Orthopädischer Status

Gelenk	Sprung-gelenk		Knie		Ellenbogen		andere	
Ort	re	li	re	li	re	li	re	li
Orthopädischer Score								
Pettersson-Score								

Quartalsübersicht

3. Quartal 2021 (Juli–September)

Persönliche Daten

Verwendetes Präparat	
Behandlung	☐ Prophylaxe ☐ bei Bedarf
Dosierung	Dosis = kg =
Hemmkörper	☐ nein ☐ ja Titer (BE): _____ Datum: _____
HBV-Impfstatus	Anti-HBsAg: _____ Datum: _____
Vorgeschädigte Gelenke	☐ nein ☐ ja Ort: _____ _____

Orthopädischer Status

Gelenk	Sprung-gelenk		Knie		Ellenbogen		andere	
Ort	re	li	re	li	re	li	re	li
Orthopädischer Score								
Pettersson-Score								

4. Quartal 2021 (Oktober–Dezember)

Persönliche Daten

Verwendetes Präparat	
Behandlung	☐ Prophylaxe ☐ bei Bedarf
Dosierung	Dosis = kg =
Hemmkörper	☐ nein ☐ ja Titer (BE): _____ Datum: _____
HBV-Impfstatus	Anti-HBsAg: _____ Datum: _____
Vorgeschädigte Gelenke	☐ nein ☐ ja Ort: _____ _____

Orthopädischer Status

Gelenk	Sprung-gelenk		Knie		Ellenbogen		andere	
Ort	re	li	re	li	re	li	re	li
Orthopädischer Score								
Pettersson-Score								

Übersicht der Abgabe an Faktorpräparaten vom Hämophilie-Zentrum

Datum	Präparat	Einheiten/Packung

Menge/Stückzahl	Chargennummer	Kommentar

Sobi ist eine Marke von Swedish Orphan Biovitrum AB (publ).
© 2020 Swedish Orphan Biovitrum AB (publ) – Alle Rechte vorbehalten

Swedish Orphan Biovitrum GmbH
Fraunhoferstr. 9a, 82152 Martinsried
Tel.: +49 89 / 55 0 66 760
Fax: +49 89 / 55 0 66 7626
E-Mail: mail.de@sobi.com oder medical.de@sobi.com
www.sobi-deutschland.de

339-HAE-D(D)-0820-V01

sobi
rare **strength**