



Biologika-Therapie Überwachungsprotokoll

Patientenname: _____ Patienten-Nr.: _____

Arzt:

Assistenz:

Diagnose: Morbus Crohn

Colitis Ulcerosa

Medikament: Entyvio® Flixabi® Inflectra® Remicade® Remsima® Stelara®

Datum:

Gewicht:

Dosis:

Chargennummer:

Infusions-Nr.:

Infusionsintervall: Induktionsphase alle 4 Wochen alle 6 Wochen alle 8 Wochen

anderes Intervall _____ Wochen

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja nicht zutreffend

Hatten/haben Sie Fieber, Husten, grippeähnliche Symptome, Gewichtsverlust?

Ja, welche?

Nein

Haben Sie aktuell eine aktive oder chronische Infektion? Z.B. Herpes, Harnwegsinfekt?

Ja, welche?

Nein

Start:

Uhr

Stopp:

Uhr

RR:

RR:

Puls:

Puls:

Infusionsbedingte Beschwerden bei Entlassung?

Nein

Ja, welche?

Der Patient hat um _____ Uhr die Praxis/Klinik verlassen.

Unterschrift des entlassenden Arztes / der Assistenz