



Überwachungsprotokoll Biologika-Infusion

Patientenname: _____ Patienten-Nr.: _____

Arzt: _____ Assistenz: _____

Diagnose: M. Crohn Colitis ulcerosa

Medikament: Entyvio® Flixabi® Inflectra® Remicade®
 Remsima® Stelara® Skyrizi® Omvoh® Zessly®

Datum: _____ Gewicht: _____

Dosis: _____ Infusions-Nr.: _____

Infusionsintervall: Induktionsphase alle 4 Wochen alle 6 Wochen
alle 8 Wochen anderes Intervall _____ Wochen

Prämedikation verabreicht? Wenn ja, was _____

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja Nichtzutreffend

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: | Uhrzeit | Stopp: | Uhrzeit |
| RR: | | RR: | |
| Puls: | | Puls: | |

Akute Infusionsreaktion? Wenn ja, welche Symptome _____
(Weitere Dokumentation über: Notfallprotokoll für Infusionsmanagement möglich)

Infusionsbedingte Beschwerden bei Entlassung?
Nein

Ja, welche _____

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

Unterschrift des entlassenden Arztes

Unterschrift der Assistenz

Chargennummer: