



Patientenname: \_\_\_\_\_

Patientennummer: \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_ Assistenz: \_\_\_\_\_

Datum der Infusion: \_\_\_\_\_ Infusionsnummer: \_\_\_\_\_

Verabreichtes Medikament: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Kortison vorab  ja, Dosis \_\_\_\_\_  nein **Chargennummer:**

**Diagnose:**  Morbus Crohn  Colitis ulcerosa

**Infusionszeit:** Start: \_\_\_\_\_ Stop: \_\_\_\_\_

**Infusionsreaktion:**

- Flush  Tachykardie  Juckreiz  Luftnot  Luftnot  
 Übelkeit  Erbrechen  Gesichtssödem  gerötete Augen  
 andere: \_\_\_\_\_

**Beginn:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_

**Verabreichte Menge bis zum Auftreten der Reaktion:** \_\_\_\_\_ ml

**Notfallmedikationsgabe:**

- Solo Dercortin®/Prednisolon  Fenistil®/Dimetiden  Zantic®/Ranitidin  
 Suprarenin®/Epinephrin  NaCl 0,9 %  Salbutamol®  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Vitalzeichenkontrolle:**

Zeit	RR	Puls

**Infusionsbedingte Beschwerden bei Entlassung?**

ja  nein  welche \_\_\_\_\_

**Stationärer Aufenthalt erforderlich:**

ja  nein

Patient\*in um \_\_\_\_\_ Uhr aus der Praxis/Ambulanz entlassen

Unterschrift: \_\_\_\_\_