



Patientenfragebogen

Auszufüllen durch den Patienten.

1. Persönliche Daten

Datum: _____	Patientenname: _____	Geb.-Datum: _____
Therapiebeginn mit SteQeyma® (Datum): _____	Raucher: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

2. Gesundheitsfragen

	Ja	Nein	Nicht bekannt
Haben Sie eine akute oder chronische Infektion (z.B. Harnwegsinfektion, Herpes, Abszess)? Wenn ja, welcher Art? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie zurzeit mit einem Antibiotikum behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in letzter Zeit Kontakt zu Personen / waren in Situationen mit erhöhtem Tuberkulose-Infektionsrisiko (z.B. Urlaub in Ländern mit erhöhtem TBC-Risiko)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie aktuell Fieber, grippeähnliche Symptome oder Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Kräfteverfall und / oder Gewichtsverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bei Ihnen bekannt? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht derzeit ein Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Operation (inkl. zahnärztlicher Operation) bei Ihnen vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in letzter Zeit Kontakt mit Hepatitis-Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten: Herzschwäche, Hepatitis, Gelbsucht, Krebs, hämatologische Reaktionen (z.B. Blutergüsse, Blutungen, Blässe), Erkrankungen des zentralen Nervensystems einschließlich Multipler Sklerose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie eine oder mehrere der Fragen unter Punkt 2 mit „Ja“ beantwortet haben, halten Sie bitte Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt.

Bisheriger SteQeyma® IV Therapieerfolg

Auszufüllen durch den behandelnden Arzt.

SteQeyma® Infusion	Datum: _____	Dosierung: _____ mg/kg KG	Dauer: <input type="checkbox"/> 1 Stunde <input type="checkbox"/> _____
	Ja	Nein	Nicht bekannt
Hat Ihr Patient weitere Medikamente erhalten? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die gewünschte Wirkung bei der Infusion eingetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde ein Score (Bewertungsskala) zur Bewertung des Therapieerfolgs erhoben? Wenn ja, welcher? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind während und nach der SteQeyma® Infusion unerwünschte Reaktionen aufgetreten? Wenn ja, welche? (Bitte befragen Sie hierzu auch Ihren Patienten.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die SteQeyma® Infusion

Auszufüllen durch den behandelnden Arzt oder das Infusionspersonal.

1. SteQeyma® Infusionsvorbereitung

Vitalparameter des Patienten Blutdruck (mmHg): _____ / _____ Körpertemperatur (°C): _____ Puls: _____

Vormedikation (falls vorhanden): _____

Dosierung: 6 mg/kg _____ mg/kg

Gewicht des Patienten: _____ kg

Errechnete SteQeyma® Dosierung: _____ \times _____ kg \times _____ mg/kg = _____ mg
➔ Anzahl Durchstechflaschen _____ Stück

Chargennummer: _____

- Vor dem Einbringen aller SteQeyma® Lösungen in die 250 ml NaCl 0,9% Infusionslösung: Die entsprechende Flüssigkeitsmenge aus der Infusion entfernen.
- Verwenden Sie einen 0,2µm (max. Porengröße) Infusionsfilter. (Einsatz zwischen dem Infusionssystem und dem venösen Zugang des Patienten. Pfeilspitze zeigt in Richtung Patient.)

Weitere Informationen zur Infusion entnehmen Sie bitte der Fachinformation / Packungsbeilage.

2. SteQeyma® Infusionsprotokoll

Infusion über 1 Stunde

Infusion	Uhrzeit	Infusionsrate	Volumen	Puls	Blutdruck	Unerwünschte Ereignisse
Beginn der Infusion						
15. Min.						
60. Min. bzw. Infusions-Ende						

Weitere Bemerkungen

Datum/Unterschrift Infusionspersonal

Datum/Unterschrift behandelnder Arzt

Pflichttext
SteQeyma®:



Celltrion Healthcare Deutschland GmbH
Rathausplatz 12, 61348 Bad Homburg v. d. Höhe
www.celltrionhealthcare.de

DE-CT-P43-24-00007



BIOSIMILARS WEITERGEDACHT

