



Loggbok

för infusionsbehandling i hemmet

Bilaga 10. 1

Guide för patienter med Fabryssjukdom/vårdare/hälso- och sjukvårdspersonal för att hjälpa till med infusionen hemma för att förhindra medicineringsfel

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning.



CHECKLISTA FÖR INFUSION I HEMMET

- Patienten och/eller vårdare har informerats av behandlande läkare om den behandling som ska ges i hemmet, de risker som är förknippade med detta och tillhandahållandet av medicinsk hjälp i hemmet, och samtycker till behandling i hemmet.
- Patienten och/eller vårdare förstår sjukdomen och har utbildats för att känna igen möjliga biverkningar, inklusive infusionsrelaterade reaktioner (IRR) och förstår proceduren som ska följas om de inträffar (dvs. bedöma om akutbehandling behövs, ge eventuell akutbehandling, samt informera om symtom som tyder på biverkningar till hälso- och sjukvårdspersonal för korrekt bedömning och hantering).
- Hemmiljön måste vara lämplig för infusionsbehandling i hemmet, dvs. en ren miljö med el, vatten, telefon, kylning och ett fysiskt utrymme för förvaring av ELFABRIO och andra infusionstillbehör.
- Patienten och vårdare ska ha informerats om hur sjukvården ska kontaktas vid behov i händelse av en IRR. Patienten ska inte vara ensam hemma, utan med en vuxen person som kan stoppa infusionen och varna i händelse av en IRR. Patienten har informerats om att infusionen alltid ska administreras i närvaro av en vårdare som är tillräckligt utbildad i hur man ska agera i händelse av biverkningar, IRR och medicineringsfel i enlighet med lokala krav för implementering av infusionsbehandling i hemmet.

ALLMÄNNA DATA

(ska fyllas i av behandlande läkare)

Nödnummer:

KONTAKTUPPGIFTER

Patient	Namn:	
	Födelsedatum:	
	Adress:	
	Postnummer, ort:	
	Telefon:	
Kontaktuppgifter till patientens vårdare	Namn:	
	Adress:	
	Postnummer, ort:	
	Telefon	
Infusionssköterska/ hemsköterska	Namn:	
	Organisation:	
	Adress:	
	Postnummer, ort:	
	Telefon:	
Behandlande läkare	Namn:	
	Sjukhus:	
	Adress:	
	Postnummer, ort:	
	Telefon:	
	Nödnummer	
Apotek	Namn:	
	Adress:	
	Postnummer, ort:	
	Telefon:	

ADMINISTRERINGSDETALJER

(ska fyllas i av behandlande läkare)

ELFABRIO administrerat sedan	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY):
Doseringsregim för ELFABRIO	
- Dos	
- Frekvens	
- Infusionshastighet	
- Total beredd volym (ml)	
- Total volym i infusionspåse (ml)	
Orsaker till ELFABRIO-infusion i hemmet	
Ange stöd som ska tillhandahållas av infusionssköterska/vårdare i hemmet	

[illegible]

FORMULÄR FÖR INFUSION

(ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

- Patienten och/eller vårdare har informerats om de risker som är förknippade med infusion av ELFABRIO i hemmet, och lämplig utbildning om användning av akutläkemedel har tillhandahållits.
- I händelse av en infusionsrelaterad reaktion måste **infusionen omedelbart avbrytas**.
- Nödvändiga åtgärder i händelse av en allvarlig infusionsrelaterad reaktion, **inklusive kontaktuppgifter för nödsituationer (112)**, beskrivs i planen för akutbehandling¹. Håll denna information lättillgänglig under infusionsproceduren.

¹ Se avsnitt 6 och bilaga 10.4 i Broschyr för hälso- och sjukvårdspersonal och avsnitt 5 i Guide för patienter med Fabrys sjukdom/vårdare/hälso- och sjukvårdspersonal som ska hjälpa till med infusionen hemma för att förhindra medicineringsfel

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

FORMULÄR FÖR INFUSION (ska fyllas i vid varje infusionstillfälle)

Datum för infusion	Datum (ÅÅÅÅ-MM-YY)
Patientens allmänna hälsotillstånd – Beskriv eventuella nya hälsoproblem som patienten för närvarande upplever före infusionen, om tillämpligt	
Dos	
Total beredd volym (ml)	
Antal använda injektionsflaskor	
Administreringens varaktighet	
Infusionshastighet	
Eventuella problem/anmärkningar i samband med infusionen (inklusive IRR, vidtagna åtgärder och resultat)	
Namn på ansvarig person för infusionen och datum – Sjuksköterska – Vårdare (om annan än ovan)	

