Dnevnik terapije za bolesnika za lijek HyQvia (normalni ljudski imunoglobulin 10%)

ZA INFUZIJE OD

_____ **DO** _____
(datum) (datum)

Ovaj dnevnik terapije predstavlja edukacijski materijal koji je obavezan kao uvjet za stavljanje lijeka HyQvia u promet, u cilju dodatne minimizacije važnih odabranih rizika.

Bez promidžbenog sadržaja.

Informacije navedene u ovom edukacijskom materijalu ne zamjenjuju one navedene u sažetku opisa svojstava lijeka. Za potpune informacije prije primjene lijeka molimo da pročitate sažetak opisa svojstava lijeka (dostupan na www.halmed.hr/Lijekovi/Baza-lijekova).

Ovaj edukacijski materijal možete pronaći na internetskim stranicama Agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) u dijelu Farmakovigilancija/Mjere minimizacije rizika.

HyQvia se propisuje kao nadomjesna terapija za bolesnike koji nemaju dovoljno protutijela, uključujući sljedeće skupine:

- bolesnici s urođenom nesposobnošću ili smanjenom sposobnošću stvaranja protutijela (primarne imunodeficijencije)
- bolesnici s teškim ili ponavljajućim infekcijama koje se javljaju zbog oslabljenog imunosnog sustava kao posljedicom drugih bolesti ili liječenja.

Verzija 1, veljača 2023

Zabilježite svaku primjenu infuzije u dnevnik terapije

Primili ste ovaj dnevnik terapije jer je Vama ili Vašem djetetu liječnik propisao liječenje lijekom **HyQvia**.

Bilježenje detalja svake primjene infuzije lijeka **HyQvia** u ovom dnevniku terapije je važan dio Vašeg liječenja supkutanim imunoglobulinom (engl. subcutaneous immunoglobulin, SCIG). Pomoći će Vam da se pridržavate rasporeda primjene infuzija i omogućuje bolju komunikaciju s Vašim liječnikom.

Ovaj dnevnik terapije olakšava Vam bilježenje pojedinosti o primljenim infuzijama kao i o svim poboljšanjima, reakcijama, nuspojavama ili promjenama Vašeg zdravlja.

Kako bi Vam se olakšalo bilježenje pojedinosti o primijenjenim infuzijama, priložene su stranice za Vaše bilješke. Ove stranice trebale bi biti dovoljne za bilješke o primijenjenim infuzijama tijekom najmanje godinu dana. Obavezno označite sve primijenjene infuzije ovog lijeka o kojima biste željeli razgovarati sa svojim liječnikom ili medicinskom sestrom. Donošenje ovog dnevnika terapije sa sobom na preglede kod svog liječnika pomoći će u razumijevanju i razgovoru o učincima Vašeg liječenja.

Točnost i cjelovitost podataka su ključni. Stvorite naviku bilježenja svake infuzije čim ju završite. Ako nakon primjene infuzije osjetite bilo kakve učinke liječenja, vratite se i dodajte tu informaciju bilješki za tu infuziju. Prijavite sve promjene ili obrasce koje primijetite. Također, možete zabilježiti sva pitanja ili nedoumice o kojima želite razgovarati sa svojim liječnikom.

Vaš karton za bilješke o liječenju

Kada prvi put započnete liječenje lijekom **HyQvia**, Vaš liječnik će odrediti odgovarajuću dozu i koliko često trebate primjenjivati infuziju. Unesite ove podatke u odgovarajuću tablicu kako biste pratili dozu, brzinu infuzije i druge pojedinosti infuzije.

Nakon što ste upisali dozu infuzije i brzinu primjene za mjesečnu* infuziju u odgovarajuću tablici, koristite ovaj karton za bilješke o liječenju samo ako dođe do promjena u Vašem režimu liječenja. Ako dobivate ili gubite na tjelesnoj masi ili primjećujete promjene u općem zdravstvenom stanju, Vaš liječnik može prilagoditi dozu.

Obavezno ponesite ovaj dnevnik sa sobom na sve preglede kako biste Vi i Vaš liječnik mogli zabilježiti sve promjene u Vašem planu primjene infuzije.

Proizvođač pumpe	
Tip pumpe	
Proizvođač igle	
Duljina igle†	

*Mjesečno liječenje može se zakazati za svaka 3 ili 4 tjedna, kako odredi Vaš liječnik.[1]
†Igla veličine 24 gaugea.[1]

Verzija 1, veljača 2023

Ime mog lijeka je HyQvia. Moje doze i brzine primjene infuzije su:

	Datum	Brzina infuzije HY	Doza IG	Brzina infuzije IG po mjestu primjene‡				
				1. interval od ___ min	2. interval od ___ min	3. interval od ___ min	4. interval od ___ min	Ostatak infuzije
Primjer	1/12/2014	1–2 mL/min	X mL	X mL/h	X mL/h	X mL/h	X mL/h	X mL/h
1. infuzija								
2. infuzija								
3. infuzija								
4. infuzija								
Mjesečna* infuzija								

Najčešće, doza će ostati ista nakon što započnete s mjesečnom* infuzijom; ako Vaš liječnik iz bilo kojeg razloga promijeni Vaš režim liječenja, zabilježite takve promjene u retke ispod.

Prilagođena mjesečna* infuzija								
Prilagođena mjesečna* infuzija								

‡Promjene brzine infuzije treba provoditi u intervalima od najmanje 10 minuta. Za bolesnike s tjelesnom masom manjom od 40 kg, maksimalna brzina infuzije je 80 mL/sat/mjestu primjene za prve dvije infuzije i 160 mL/sat/mjestu primjene za naredne dvije ili tri infuzije. Za bolesnike tjelesne mase 40 kg ili više, maksimalna brzina infuzije je 240 mL/sat/mjestu primjene za prve dvije infuzije i 300 mL/sat/mjestu primjene za naredne dvije ili tri infuzije. Ako se dobro podnosi, može se razmotriti povećanje brzine uzastopnih infuzija nakon razgovora s liječnikom.

HY = rekombinantna ljudska hijaluronidaza
IG = normalni ljudski imunoglobulin (10%)

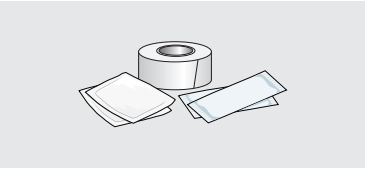
Verzija 1, veljača 2023

Vaš pribor

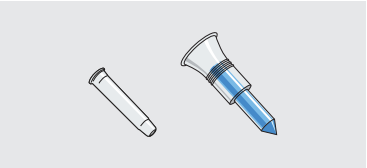
Niže je naveden pribor koji će Vam biti potreban za primjenu infuzije lijeka **HyQvia**.

Postoji mogućnost da će se Vaš pribor izgledom malo razlikovati.

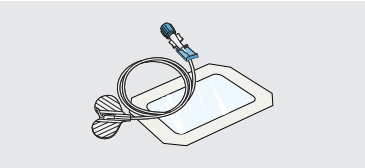
*Bočica(e) lijeka **HyQvia***



Tupferi natopljeni alkoholom, traka i čisti, sterilni zavoj.
Nije obavezno: nosite rukavice ako Vas je tako uputio liječnik ili medicinska sestra.

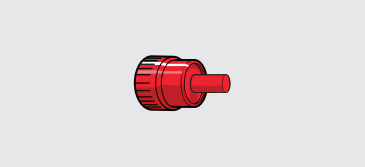


*Neventilirana naprava ili igla (jedna po bočici **HY**)*



Komplet supkutane igle sa sterilnim prozirnim flasterom (jedan po mjestu infuzije)

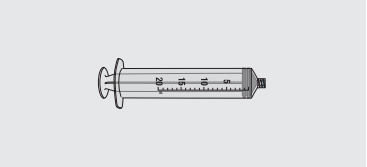
Spremnik za oštre predmete



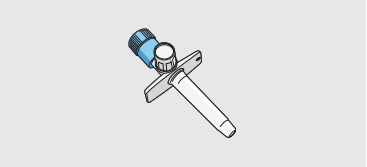
Nije obavezno: sterilni poklopci za vrh (jedan po štrcaljki)

Dnevnik terapije

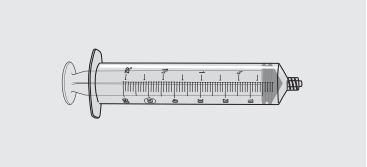
Ako koristite automatsku štrcaljku:



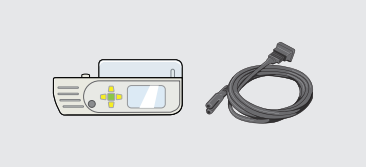
Štrcaljka(e) od 20 mL



Ventilirani šiljasti priključak(ci)

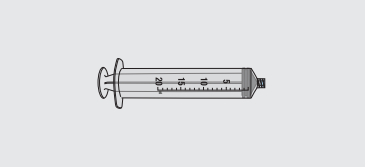


Štrcaljka(e) od 50 ili 60 mL

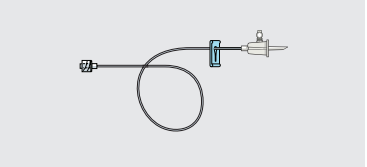


Automatska štrcaljka, napajanje i priručnik

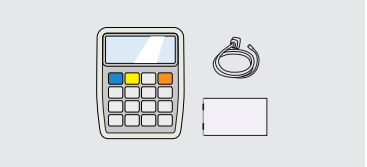
Ako primjenjujete direktno iz bočice uporabom infuzijske pumpe:



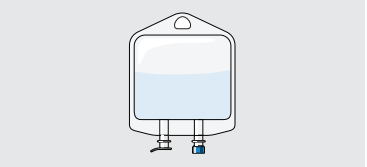
Štrcaljka(e) od 20 mL



Ventilirana cijev pumpe



Infuzijska pumpa, napajanje i priručnik



Nije obvezno: natrijev klorid 9 mg/mL (0,9%) otopina za infuziju u vrećici (ako to zahtijeva zdravstveni radnik)

Korisni podsjetnici

Prije infuzije lijeka **HyQvia**

- Uvijek slijedite upute koje Vam je dao liječnik u vezi s dozom, rasporedom i načinom primjene infuzije lijeka HyQvia
- Pijte puno tekućine prije infuzije kako biste ostali hidrirani
- Odaberite miran dan i planirajte unaprijed kako biste izbjegli smetnje tijekom infuzije
- Zamolite drugu odgovornu osobu, svog roditelja ili skrbnika/njegovatelja da Vam pomogne s infuzijom (ako je potrebno) i obratite pažnju na eventualne nuspojave
- Pripremite svoje zalihe i pročitajte upute koje ste dobili
- Koristite ovaj dnevnik terapije za praćenje informacija o datumu, vremenu, dozi, mjestu infuzije i svim reakcijama
- Ne primjenjujte infuziju lijeka HyQvia na ili oko inficiranih ili crvenih, otečenih područja

Tijekom primjene infuzije lijeka **HyQvia**

- Udobno se smjestite i pokušajte se opustiti tijekom infuzije
- Lokalne reakcije na mjestu primjene infuzije kao što su bol na mjestu primjene infuzije, uključujući blagu do umjerenu nelagodu i osjetljivost, crvenilo, oticanje, svrbež, otvrdnuće i osip najčešće su nuspojave lijeka HyQvia
- Ostale očekivane nuspojave, osim navedenih reakcija na mjestu primjene infuzije, uključuju glavobolju, umor, mučninu, povraćanje, proljev, bol u trbuhu, bol u mišićima ili zglobovima, bol u prsima, vrućicu i osjećaj slabosti ili opće loše osjećanje. Mogu se pojaviti i neke druge, manje česte nuspojave. Za više informacija pročitajte uputu o lijeku za lijek HyQvia
- U slučaju da posumnjate na bilo koju nuspojavu, čak i ako nije navedena u uputi o lijeku, obratite se svom liječniku.
- Nastavite piti tekućinu kako biste ostali hidrirani
- Zabilježite detalje primjene infuzije u Vaš dnevnik terapije
- Redovito se javljajte svom liječniku za kontrolu, prema uputama koje ste dobili od liječnika

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

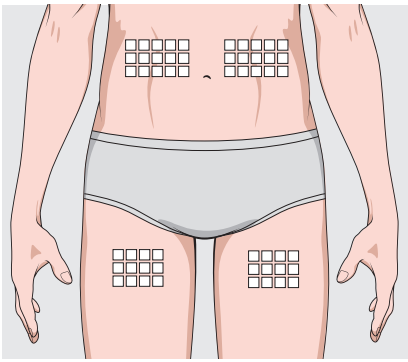
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

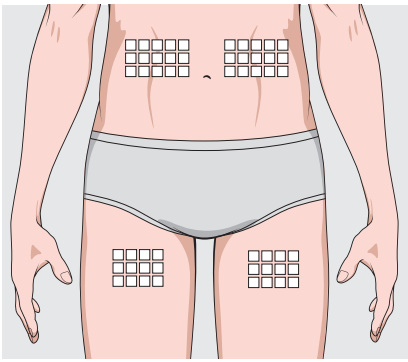
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

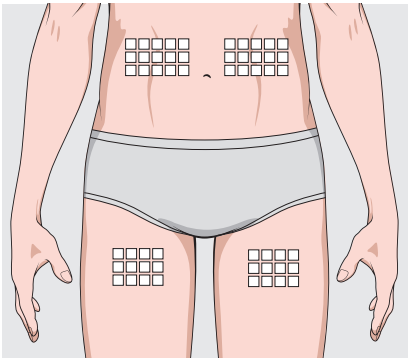
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

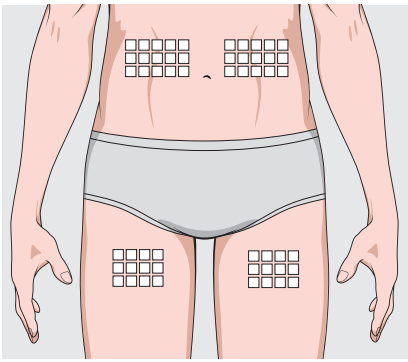
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

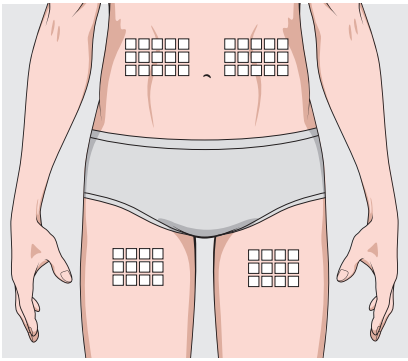
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

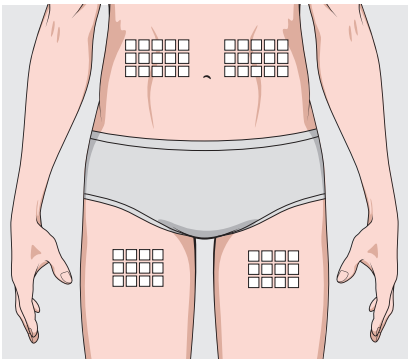
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

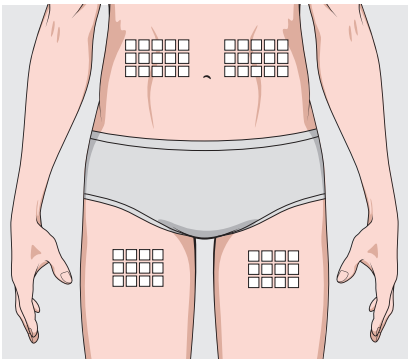
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

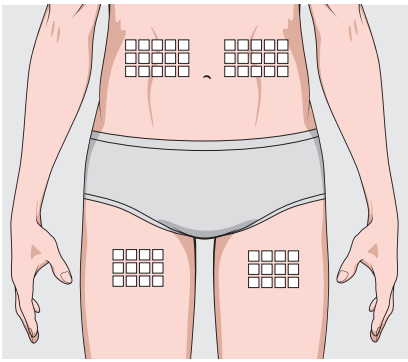
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

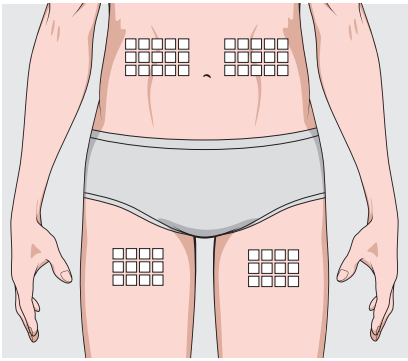
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

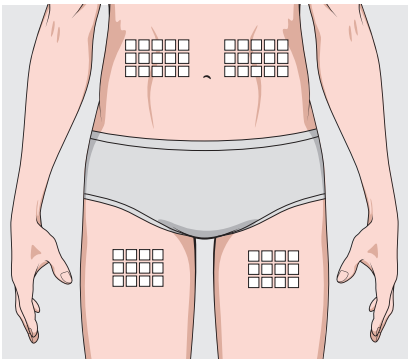
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

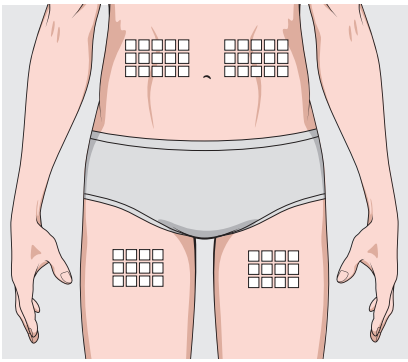
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

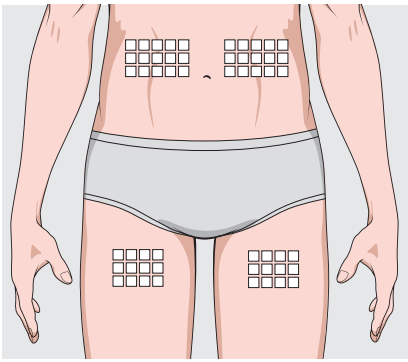
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

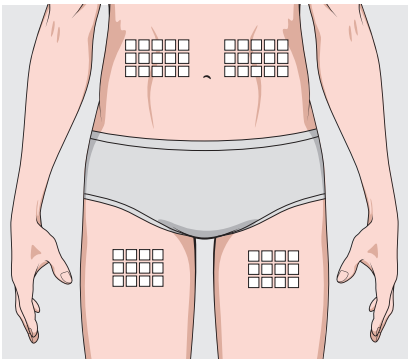
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

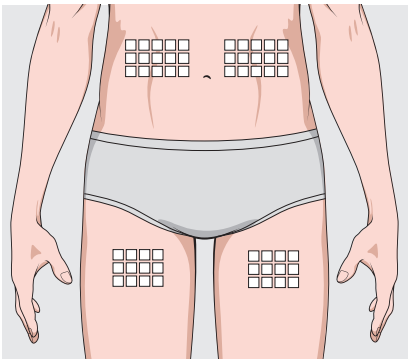
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

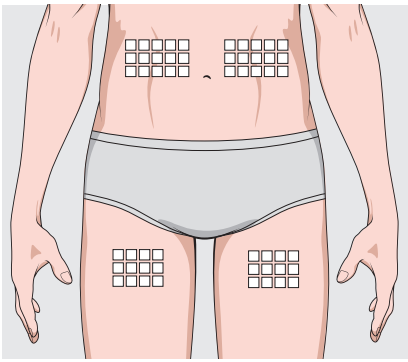
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

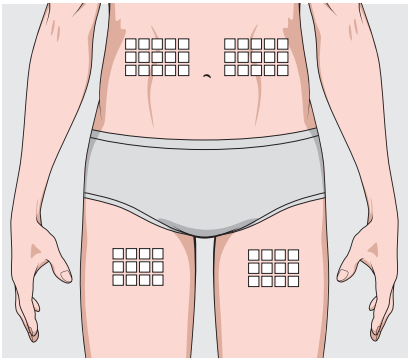
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

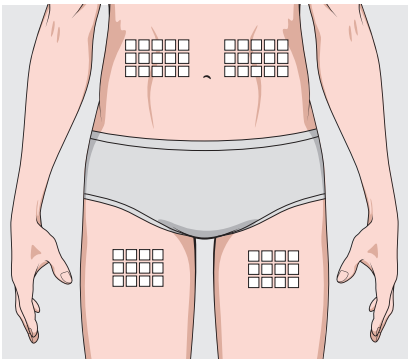
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

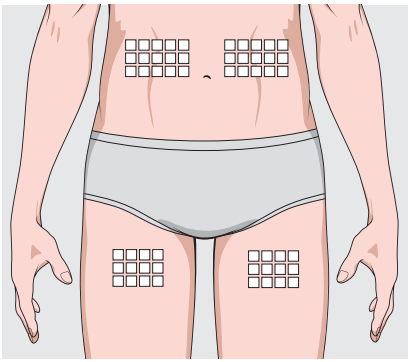
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

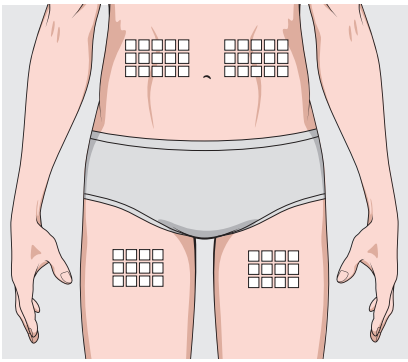
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

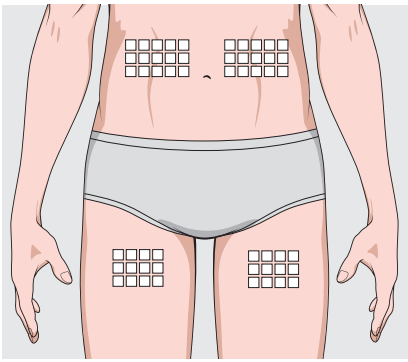
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

Moj dnevnik infuzije

Datum infuzije: _____

Moja tjelesna masa: _____ kg

Početak primjene infuzije: _____

Doza lijeka **HyQvia**: _____ grama

Brzina infuzije IG: _____ mL/h

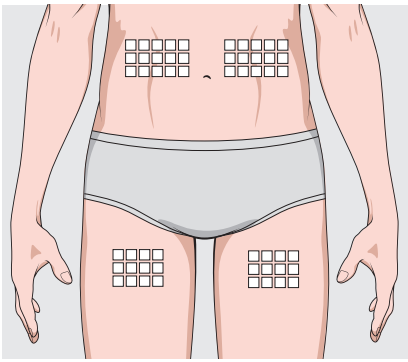
Kraj primjene infuzije: _____

Trajanje infuzije lijekom **HyQvia**: _____

Jeste li bili zabrinuti tijekom infuzije? U slučaju bilo kakvih pitanja u vezi s primjenom lijeka **HyQvia**, obratite se svom liječniku ili medicinskoj sestri

_____

Označite mjesto(a) primjene infuzije sa X
Rotirajte mjesto(a) primjene infuzije sa svakom novom infuzijom tako da odabirete suprotnu stranu tijela.



Verzija 1, veljača 2023

■ Označite ako se želite posavjetovati sa svojim liječnikom

Zabilježite sve promjene o materijalu ili metodi koje ste koristili za ovu infuziju:

_____

Lijek(ovi) uzet(i) prije infuzije:

_____

Kako ste se osjećali nakon infuzije:

_____

Pitanja za razgovor s liječnikom:

_____

_____

_____

_____

*Uklonite odvojive naljepnice s bočice(a) lijeka **HyQvia**, koje sadrže broj serije proizvoda i rok valjanosti, i zalijepite ih ovdje (ili upišite broj serije i rok valjanosti prikazan na naljepnici na za to predviđena mjesta).*

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

OVDJE ZALJEPITE NALJEPNICU

Ili upišite broj serije i rok valjanosti lijeka:

Broj serije IG: _____

Rok valjanosti IG: _____

Verzija 1, veljača 2023

VAŽNA MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Ovaj dnevnik sadrži važne medicinske informacije.
Ako se pronađe, vratite na:

_____

_____

Ako primijetite bilo koju nuspojavu, potrebno je obavijestiti liječnika, ljekarnika ili medicinsku sestru. To uključuje i svaku moguću nuspojavu koja nije navedena u uputi o lijeku.

Nuspojave možete prijaviti izravno Agenciji za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) putem internetske stranice www.halmed.hr ili potražite HALMED mobilnu aplikaciju putem Google Play ili Apple App Store trgovine.

Prijavljivanjem nuspojava možete pridonijeti u procjeni sigurnosti ovog lijeka.