

Namn

Personnummer

År

Infusionsdagbok subkutan immunglobulinbehandling

Tag med till mottagningen

Kontaktpersoner

Läkare

Sjuksköterska

Diagnos/Läkemedel

Diagnos

Immunglobulinbehandling

Dos _____ g Dosintervall _____ st/månad

Dos _____ ml Dos/Infusionsställe _____ ml

Andra läkemedel

Läkemedelsöverkänslighet

Övrigt

Mottagningsbesök

Datum / Kl.	Läkare/ Sjuksköterska	Datum / Kl.	Läkare/ Sjuksköterska
-------------	--------------------------	-------------	--------------------------

Anvisningar som har överenskommits vid mottagningsbesöket

Loggbok för immunglobulinbehandling

Datum	Dos	Batch nr. (LOT)	Ev. biverkningar

Datum	Dos	Batch nr. (LOT)	Ev. biverkningar
Övrigt			

Datum	Dos	Batch nr. (LOT)	Ev. biverkningar
Övrigt			

Datum	Dos	Batch nr. (LOT)	Ev. biverkningar
Övrigt			

Datum	Dos	Batch nr. (LOT)	Ev. biverkningar
Övrigt			

Datum	Dos	Batch nr. (LOT)	Ev. biverkningar
Övrigt			

Datum	Dos	Batch nr. (LOT)	Ev. biverkningar
Övrigt			

Datum	Dos	Batch nr. (LOT)	Ev. biverkningar
Övrigt			

Datum	Dos	Batch nr. (LOT)	Ev. biverkningar
Övrigt			

Datum	Dos	Batch nr. (LOT)	Ev. biverkningar
Övrigt			

Denna infusionsdagbok är framtagen av:

- SLIPI (Sveriges läkares intresseförening för primär immunbrist)
- SISSI (Sveriges Immunbristsjuksköterskors Intresseförening)
- PIO (Primär immunbrist organisationen)
- CSL Behring AB



CSL

CSL Behring AB
Box 712
182 17 Danderyd
Tel: 08 544 966 70
Mail: info@cslbehring.se
www.cslbehring.se