

Da compilare da parte del personale del centro.

ID del soggetto: _____ Settimana dello studio: _____



DIARIO DEL FARMACO IN STUDIO PER LA SOMMINISTRAZIONE A DOMICILIO

Il presente Diario del farmaco in studio deve essere restituito al centro dello studio ad ogni visita clinica.

Da compilare e firmare da parte della persona che somministra il farmaco in studio a domicilio (cioè il/la paziente, caregiver, operatore sanitario a domicilio qualificato).

Nome: _____ Firma: _____ Data: _____

Informazioni importanti

Per le indicazioni su come somministrare il farmaco in studio, consulti l'opuscolo *Istruzioni per l'uso* che Le è stato fornito.

Data di somministrazione: _____ (GG-MM-AAAA)

Numeri del kit del farmaco in studio: _____

Ora in cui le siringhe sono state prelevate dal frigorifero: _____ (HH:MM) **matt / pom** (cerchiare un'opzione)

Iniezione n. 1

Ora in cui è stata somministrata l'iniezione n. 1:

Matt / Pom

(HH:MM)

(cerchiare un'opzione)

Dove è stata effettuata l'iniezione n. 1:

- | | |
|--|--|
| ☐ Coscia sinistra | ☐ Parte superiore del braccio sinistro* |
| ☐ Coscia destra | ☐ Parte superiore del braccio destro* |

Stomaco (addome)

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Quadrante 1 | ☐ Quadrante 2 |
| ☐ Quadrante 3 | ☐ Quadrante 4 |

È stata iniettata l'intera dose da 1,0 ml?

SÌ / NO (cerchiare un'opzione)

Se la risposta è **NO**, elencare approssimativamente la quantità di farmaco iniettata (per esempio 1/2) e spiegarne il motivo: _____

Iniezione n. 2

Ora in cui è stata somministrata l'iniezione n. 2:

Matt / Pom

(HH:MM)

(cerchiare un'opzione)

Dove è stata effettuata l'iniezione n. 2:

- | | |
|--|--|
| ☐ Coscia sinistra | ☐ Parte superiore del braccio sinistro* |
| ☐ Coscia destra | ☐ Parte superiore del braccio destro* |

Stomaco (addome)

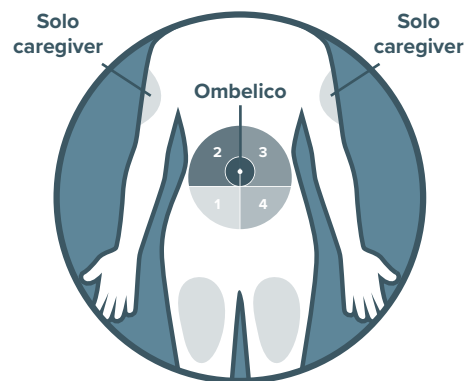
- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Quadrante 1 | ☐ Quadrante 2 |
| ☐ Quadrante 3 | ☐ Quadrante 4 |

È stata iniettata l'intera dose da 1,0 ml?

SÌ / NO (cerchiare un'opzione)

Se la risposta è **NO**, elencare approssimativamente la quantità di farmaco iniettata (per esempio 1/2) e spiegarne il motivo: _____

Siti di iniezione



*Solo caregiver. Non tenti di eseguire da sé l'iniezione sul braccio.

Segua le istruzioni che Le verranno fornite in merito a cosa fare con le siringhe per il farmaco in studio, le confezioni e gli aghi usati e inutilizzati.