

Vom Personal des Prüfzentrums auszufüllen.

Patienten-ID: _____ Studienwoche: _____



PRÜFPRÄPARAT-TAGEBUCH FÜR DIE VERABREICHUNG ZU HAUSE

Dieses Prüfpräparat-Tagebuch muss bei jedem Besuch in der Klinik an das Prüfzentrum zurückgegeben werden.

Von der Person, die das Prüfpräparat zu Hause verabreicht, auszufüllen und zu unterschreiben (d.h. Patient, Betreuungsperson, qualifizierte häusliche Pflegekraft).

Name: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____

Wichtige Informationen

Für die Anleitung zur Verabreichung des Prüfpräparats beachten Sie bitte die Ihnen zur Verfügung gestellte Broschüre zur *Anleitung zur Anwendung*

Datum der Verabreichung: _____ (TT-MMM-JJJJ)

Prüfpräparat-Kit-Nummern: _____

Uhrzeit, zu dem die Spritzen aus dem Kühlschrank genommen wurden: _____ (HH:MM) morgens / abends
(Zutreffendes ankreuzen)

Injektion Nr. 1

Uhrzeit, zu dem die Injektion

Nr. 1 verabreicht wurde:

AM / PM

(HH:MM)

(Zutreffendes ankreuzen)

Stelle, an der die Injektion Nr. 1 verabreicht wurde:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Linker Oberschenkel | <input type="checkbox"/> Linker Oberarm* |
| <input type="checkbox"/> Rechter Oberschenkel | <input type="checkbox"/> Rechter Oberarm* |
| Bauch (Abdomen) | |
| <input type="checkbox"/> Quadrant 1 | <input type="checkbox"/> Quadrant 2 |
| <input type="checkbox"/> Quadrant 3 | <input type="checkbox"/> Quadrant 4 |

Wurde die gesamte Dosis von 1,0 ml injiziert?

JA / NEIN (Zutreffendes ankreuzen)

Falls NEIN, ungefähr angeben, wie viel injiziert worden ist (z.B. 1/2) und erklären,

wieso: _____

Injektion Nr. 2

Uhrzeit, zu dem die Injektion

Nr. 2 verabreicht wurde:

AM / PM

(HH:MM)

(Zutreffendes ankreuzen)

Stelle, an der die Injektion Nr. 2 verabreicht wurde:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Linker Oberschenkel | <input type="checkbox"/> Linker Oberarm* |
| <input type="checkbox"/> Rechter Oberschenkel | <input type="checkbox"/> Rechter Oberarm* |
| Bauch (Abdomen) | |
| <input type="checkbox"/> Quadrant 1 | <input type="checkbox"/> Quadrant 2 |
| <input type="checkbox"/> Quadrant 3 | <input type="checkbox"/> Quadrant 4 |

Wurde die gesamte Dosis von 1,0 ml injiziert?

JA / NEIN (Zutreffendes ankreuzen)

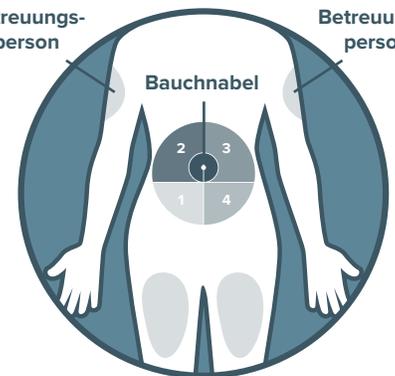
Falls NEIN, ungefähr angeben, wie viel injiziert worden ist (z.B. 1/2) und erklären,

wieso: _____

Injektionsstellen

Nur für die Betreuungsperson

Nur für die Betreuungsperson



*Nur für die Betreuungsperson. Versuchen Sie nicht, sich das Prüfpräparat selbst in den Arm zu injizieren.

Bitte befolgen Sie die Ihnen zur Verfügung gestellten Anweisungen dazu, was Sie mit gebrauchten und ungebrauchten Prüfpräparat-Spritzen, Packungen und Nadeln tun müssen.