

nerlynx[®] ▼
(Neratinib)

BEHANDLUNGSTAGEBUCH



Name: _____

Sie erhalten dieses Patiententagebuch zur Begleitung Ihrer Behandlung mit NERLYNX[®].

Es gehört neben dem Behandlungsleitfaden zu den Patienteninformationsmaterialien zu NERLYNX[®].

- ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Sie können dabei helfen, indem Sie jede auftretende Nebenwirkung melden. Wenn Sie Nebenwirkungen bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in der Packungsbeilage angegeben sind.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der vollständigen Gebrauchsinformation für Patienten, die der Packung Ihres Medikaments beiliegt.

Das vorliegende Dokument ist ausschließlich dazu bestimmt, von medizinischem Fachpersonal an erwachsene Patienten überreicht zu werden, die eine Behandlung mit NERLYNX[®] beginnen.



Pierre Fabre

IHRE NÄCHSTEN TERMINE

Tag	Uhrzeit	Punkte, die ich mit meinem Behandlungsteam besprechen möchte (zum Beispiel, wenn Sie sich nicht gut gefühlt haben oder Nebenwirkungen aufgetreten sind)

SO VERWENDEN SIE DIESES TAGEBUCH

(siehe auch Beispiel auf der nächsten Seite)

Vor Therapiebeginn

Bevor Sie die Behandlung mit NERLYNX® beginnen, tragen Sie bitte Folgendes ein:

- Den Wochentag und Datum
- Ihr Körpergewicht
- Sowie täglich Informationen zu Ihrem Stuhlgang (Häufigkeit am Tag und Beschaffenheit gemäß den drei nachstehenden Kategorien – hart, normal/weich oder breiig/wässrig.)

Am Ende der Therapiewoche ermitteln Sie, wie oft Sie insgesamt in dieser Woche Stuhlgang hatten. Dazu zählen Sie die Tageswerte zusammen. Übertragen Sie dann die Stuhlgangshäufigkeit aus der Woche VOR Therapiebeginn in die jeweiligen Kästchen der Wochen nach Therapiebeginn ein, um sie nach Beginn der Therapie der aktuellen Woche zu vergleichen. So können Sie und Ihr Arzt beurteilen, wie sich die Therapie auf Ihren Stuhlgang auswirkt und ob eventuell die Dosis Ihrer Durchfallmedikation angepasst werden muss.

Nach Beginn der NERLYNX®-Therapie

1. Tragen Sie zu Beginn jeder Therapiewoche die Wochentage und Datum, sowie Ihr Körpergewicht ein.
2. Tragen Sie Ihre NERLYNX®-Dosis ein und geben Sie für jeden Tag an, wie viele 40-mg-Tabletten Sie eingenommen haben.
3. Wenn Ihr Arzt Ihnen ein Medikament gegen Durchfall verschrieben hat, tragen Sie bitte den Namen des verschriebenen Medikaments und dessen Dosis ein und vermerken für jeden Tag die Anzahl der Tabletten des Durchfallmedikaments, die sie eingenommen haben.
4. Tragen Sie für jeden Tag ein, wie oft Sie Stuhlgang hatten und wie Ihr Stuhl beschaffen war – hart, normal/weich oder breiig/wässrig.
5. Zählen Sie dann zusammen, wie oft Sie am Tag insgesamt Stuhlgang hatten, und tragen Sie auch das ins Tagebuch ein.
6. Am Ende der Therapiewoche zählen Sie zusammen wie oft Sie in der Woche Stuhlgang hatten, und tragen Sie auch das ins Tagebuch ein.

Zu Ihrem Behandlungsteam gehören Ihr Arzt, Apotheker und das weitere medizinische Fachpersonal. Sprechen Sie mit Ihrem Behandlungsteam über alle Nebenwirkungen, die Sie bemerken – auch solche, die nicht in der Packungsbeilage angegeben sind.

Bitte beachten Sie das Beispiel auf der folgenden Seite.

Beispiel: 1 WOCHEN VOR THERAPIEBEGINN

Körpergewicht:

68 kg

Wochentag, Datum	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
	Hart	Normal/Weich	Breig/Wässrig	
Donnerstag, 31.10.		XX		2
Freitag, 01.11.		X		1
Samstag, 02.11.				0
Sonntag, 03.11.		X		1
Montag, 04.11.	X			1
Dienstag, 05.11.	X	X		2
Mittwoch, 06.11.		X		1
Summe Stuhlgangshäufigkeit in der Woche vor Therapiebeginn= Ausgangswert der Stuhlgangshäufigkeit				8

Beispiel: THERAPIEWOCHE 1 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit

pro Woche VOR Therapiebeginn :

8

Körpergewicht:

68 kg

Durchfallmedikament:

Loperamid

Dosis des Durchfallmedikaments:

4 mg

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfall- medikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breig/Wässrig	
Donnerstag, 07.11.	6	3		X		1
Freitag, 08.11.	6	3			XXX	3
Samstag, 09.11.	6	3			XXX	3
Sonntag, 10.11.	6	3			XXXX	4
Montag, 11.11.	6	3			XXX	3
Dienstag, 12.11.	6	3			XXXX	4
Mittwoch, 13.11.	6	3			XXX	3
Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 1 nach Therapiebeginn:						21

1 WOCHE VOR THERAPIEBEGINN

Körpergewicht:
_____ kg

Wochentag, Datum	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
	Hart	Normal/Weich	Breig/Wässrig	
Summe Stuhlgangshäufigkeit in der Woche vor Therapiebeginn= Ausgangswert der Stuhlgangshäufigkeit				

THERAPIEWOCHE 1 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit pro Woche VOR Therapiebeginn : _____
 Körpergewicht: _____ kg
 Durchfallmedikament: _____
 Dosis des Durchfallmedikaments: _____

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfallmedikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breig/Wässrig	
Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 1 nach Therapiebeginn:						

THERAPIEWOCHE 2 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit pro Woche VOR Therapiebeginn : Körpergewicht: _____ kg Durchfallmedikament: _____ Dosis des Durchfallmedikaments: _____

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfallmedikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breiig/Wässrig	

Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 2 nach Therapiebeginn:

THERAPIEWOCHE 3 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit pro Woche VOR Therapiebeginn : Körpergewicht: _____ kg Durchfallmedikament: _____ Dosis des Durchfallmedikaments: _____

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfallmedikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breiig/Wässrig	

Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 3 nach Therapiebeginn:

THERAPIEWOCHE 4 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit pro Woche VOR Therapiebeginn : Körpergewicht: _____ kg Durchfallmedikament: _____ Dosis des Durchfallmedikaments: _____

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfallmedikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breiig/Wässrig	

Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 4 nach Therapiebeginn:

THERAPIEWOCHE 5 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit pro Woche VOR Therapiebeginn : Körpergewicht: _____ kg Durchfallmedikament: _____ Dosis des Durchfallmedikaments: _____

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfallmedikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breiig/Wässrig	

Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 5 nach Therapiebeginn:

THERAPIEWOCHE 6 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit pro Woche VOR Therapiebeginn : Körpergewicht: _____ kg Durchfallmedikament: _____ Dosis des Durchfallmedikaments: _____

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfallmedikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breiig/Wässrig	

Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 6 nach Therapiebeginn:

THERAPIEWOCHE 7 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit pro Woche VOR Therapiebeginn : Körpergewicht: _____ kg Durchfallmedikament: _____ Dosis des Durchfallmedikaments: _____

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfallmedikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breiig/Wässrig	

Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 7 nach Therapiebeginn:

THERAPIEWOCHE 8 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit pro Woche VOR Therapiebeginn : Körpergewicht: _____ kg Durchfallmedikament: _____ Dosis des Durchfallmedikaments: _____

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfallmedikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breiig/Wässrig	

Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 8 nach Therapiebeginn:

THERAPIEWOCHE 9 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit pro Woche VOR Therapiebeginn : Körpergewicht: _____ kg Durchfallmedikament: _____ Dosis des Durchfallmedikaments: _____

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfallmedikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breiig/Wässrig	

Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 9 nach Therapiebeginn:

THERAPIEWOCHE 10 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit pro Woche VOR Therapiebeginn : Körpergewicht: _____ kg Durchfallmedikament: _____ Dosis des Durchfallmedikaments: _____

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfallmedikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breiig/Wässrig	

Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 10 nach Therapiebeginn:

THERAPIEWOCHE 11 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit pro Woche VOR Therapiebeginn : Körpergewicht: _____ kg Durchfallmedikament: _____ Dosis des Durchfallmedikaments: _____

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfallmedikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breiig/Wässrig	

Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 11 nach Therapiebeginn:

THERAPIEWOCHE 12 NACH THERAPIEBEGINN

Stuhlgangshäufigkeit pro Woche VOR Therapiebeginn : Körpergewicht: Durchfallmedikament: Dosis des Durchfallmedikaments:

_____ kg

Wochentag, Datum	Tabletten NERLYNX®	Tabletten Durchfallmedikament	Stuhlbeschaffenheit			Stuhlgangshäufigkeit
			Hart	Normal/Weich	Breiig/Wässrig	

Summe Stuhlgangshäufigkeit in Woche 12 nach Therapiebeginn:

WICHTIGE KONTAKTDATEN

Kontaktperson für Notfälle

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Ihr Behandlungsteam

Arzt: _____

Arztassistenz: _____

Pflegepersonal: _____

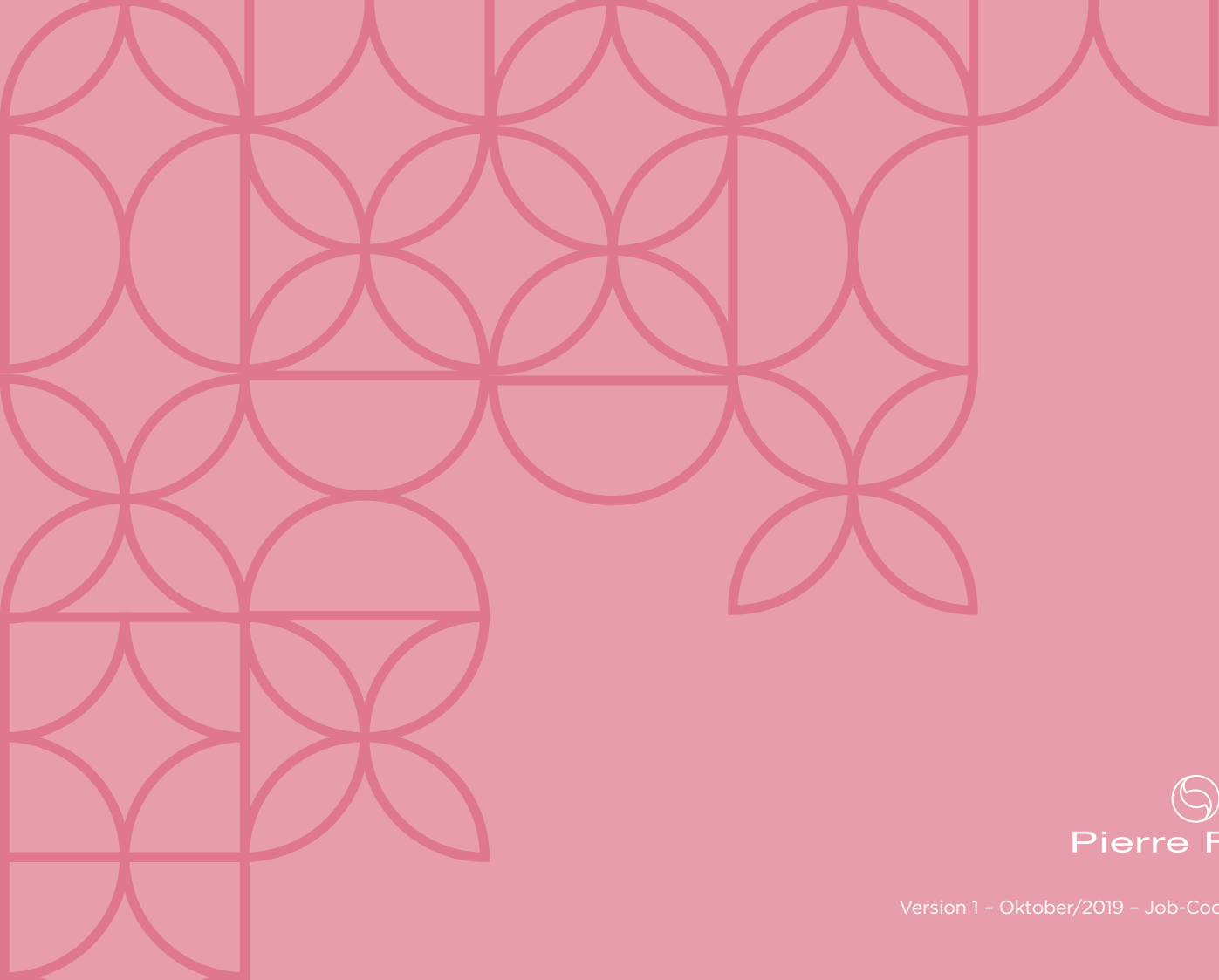
Apotheker: _____

Anschrift der Klinik: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der vollständigen Gebrauchsinformation für Patienten, die der Packung Ihres Medikaments beiliegt.



Pierre Fabre

Version 1 - Oktober/2019 - Job-Code xxxx-xxx