

Chargennummer

Lübeck, den

## Infusions- / Injektionsprotokoll

Name:			Vorname:				
Größe:	cm	Gewicht:	kg	Geburtsdatum:			
CED aktiv:			ja	nein	Besserung:	ja	nein
Stuhlfrequenz:	/ Tag	Blut:	ja	nein	Schleim:	ja	nein
Perianale Komplikationen:			ja	nein			
Hautveränderung:			ja	nein	Wo:		
Fieber / Infekte:			ja	nein			
Luftnot / Wasseransammlungen:			ja	nein			
OP geplant / zurückliegend:			ja	nein			
Besonderes:							

### Von der Praxis auszufüllen

Medikament:	Adalimumab	Infliximab	Ustekinumab	Vedolizumab	
Infusionsmenge:	ml /		mg (Flüssigkeit / Milligramm)		
Infusionsdatum:	Anmeldung in der Praxis:		Uhr	Entlassung:	Uhr
Infusionsdauer:	von	Uhr	bis	Uhr	
Blutdruck:	Beginn:		mmHg	Ende:	mmHg
Lage pVK:	Ellenbeuge	Unterarm	Handrücken	rechts	links
Besonderes:					
Problemlose Infusion ohne Auffälligkeiten an der Einstichstelle, kein Anhalt für eine Unverträglichkeit, die Patientin/ der Patient verlässt beschwerdefrei die Praxis.					
MFA	Unterschrift				