Namn

Personnummer

År

Infektionsdagbok

Tag med till mottagningen

CSL Behring

Kontaktpersoner

Läkare

Sjuksköterska

Vid infektion kontakta i första hand

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

Namn

Personnummer

År

Infektionsdagbok

Sätt kryss de veckor du har haft något/några av dessa symtom. Fyll även i på nästa sida om du har haft någon/några antibiotikakrävande infektioner.

VECKA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
SJUKDOMS-KÄNSLA																										
FEBER																										
ÖRONVÄRK																										
HALSONT																										
SNUVA																										
MAGBESVÄR																										
TORRHOSTA																										
SLEMHOSTA																										
MORGON-UPPHOSTN.																										

Plats för ev. andra symtom

VECKA	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
SJUKDOMS-KÄNSLA																										
FEBER																										
ÖRONVÄRK																										
HALSONT																										
SNUVA																										
MAGBESVÄR																										
TORRHOSTA																										
SLEMHOSTA																										
MORGON-UPPHOSTN.																										

Plats för ev. andra symtom

Infektioner och antibiotikabehandling

Behandlingsindikation typ av infektion	Preparat	Insatt datum	Antal dagar

Sjukskrivning från arbete/skola

Från och med	Till och med	Från och med	Till och med

Egna noteringar

Egna noteringar

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

Egna noteringar

Egna noteringar

SWE-HIZ-0118, maj 2024

Denna infektionsdagbok är framtagen av:

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

www.pio.nu

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