



meine Injektionsdaten

für PatientInnen, die mit einer
Yuflyma® (Adalimumab)
Injektionslösung
behandelt werden

Name:

Wichtige Informationen für die Injektion von Yuflyma® (Adalimumab)

Diese Injektionskarte wurde für PatientInnen entwickelt, die am Beginn einer Yuflyma®-Behandlung stehen – so wie Sie. Damit Sie einen besseren Überblick über Ihre Therapie behalten, sollten Sie diese Karte stets bei sich tragen. Notieren Sie jede Injektion sowie die Injektionsstelle und das Datum. Vermerken Sie auch unbedingt die Chargennummer (= Ch.-Nr) Ihrer verabreichten Yuflyma® Injektionslösung, damit im Falle einer Nebenwirkung die Nachverfolgung ermöglicht wird. Diese Nummer finden Sie auf der Medikamentenpackung. Die vorliegende Injektionskarte ersetzt nicht den Yuflyma® Patientenpass, welchen Sie auch stets bei sich tragen sollten.

Bei der Wahl der Injektionsstelle:

- Wechseln Sie die Injektionsstelle bei jeder Injektion.
- Jede neue Injektionsstelle sollte mindestens 3 cm von der vorherigen entfernt sein.
- Injizieren Sie nicht in die Haut im Umkreis von 5 cm um den Bauchnabel herum.
- Injizieren Sie nicht in gerötete, verhärtete, druck- bzw. schmerzempfindliche, vernarbte oder geschädigte Haut und nicht in blaue Flecken.

Richten Sie sich nach der Abbildung und kreuzen Sie bei jedem Injektionstermin das entsprechende Feld Ihrer Injektionsstelle an.

Die Injektionsstellen **A** und **B** sind nur für Injektionen durch Betreuungspersonen vorgesehen.



1

Ch.-Nr: _____

Behandlungstag: _____



2

Ch.-Nr: _____

Behandlungstag: _____



3

Ch.-Nr: _____

Behandlungstag: _____



4

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



5

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



6

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



7

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



8

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



9

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



10

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



11

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



12

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



13

Ch.-Nr: _____

Behandlungstag: _____



14

Ch.-Nr: _____

Behandlungstag: _____



15

Ch.-Nr: _____

Behandlungstag: _____



16

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



17

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



18

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



19

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



20

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



21

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



22

Ch.-Nr:

Behandlungstag:



23

Ch.-Nr:

Behandlungstag:



24

Ch.-Nr:

Behandlungstag:



25

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



26

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



27

Ch.-Nr:

.....

Behandlungstag:

.....



28

Ch.-Nr:

Behandlungstag:



29

Ch.-Nr:

Behandlungstag:



30

Ch.-Nr:

Behandlungstag:





Notizen:

**Unterschrift der Ärztin / des Arztes
und Stempel**

Datum

Über Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen informieren Gebrauchsinformation, Arzt oder Apotheker.

Mit freundlicher Unterstützung von

ASTRO PHARMA 

www.astropharma.at

Yuflyma
adalimumab 