

سجل الحقن المنزلي بفابرازيم®

الإصدار رقم ١,٠ مايو ٢٠٢١

أنشطة خفض المخاطر هذه معتمدة من قبل الهيئة العامة للغذاء والدواء


Fabrazyme®
agalsidase beta

تفاصيل الاتصال (يكملها الطبيب المعالج)

رقم الطوارئ

الطبيب المُعالج	
	الاسم:
	المستشفى:
	العنوان:
	الرقم البريدي/ المدينة:
	التليفون:
	رقم الطوارئ:

المريض	
	الاسم:
	تاريخ الميلاد:
	العنوان:
	الرقم البريدي/ المدينة:
	التليفون:

المرضة	
	الاسم:
	المنظمة التابع لها:
	العنوان:
	الرقم البريدي/ المدينة:
	التليفون:

مقدم الرعاية للمريض	
	الاسم:
	العنوان:
	الرقم البريدي/ المدينة:
	التليفون:

الصيدلية	
	الاسم:
	العنوان:
	الرقم البريدي/ المدينة:
	التليفون:

بيانات إدارية (يستكملها الطبيب المُعالج)

	تاريخ بدء العلاج بفابرازيم:
	تاريخ أول حقن وريدي في المنزل
نظام جرعات فابرازيم	
	الجرعة:
	مرا ت التكرار:
	معدل الحقن الوريدي:
	الحجم المطلوب المحضر من محلول فابرازيم (بالمليتر):
	الحجم الكلي في كيس الحقن (بالمليتر):
	أدوية ما قبل العلاج (في حالة وجودها):
	أسباب الحقن المنزلي بفابرازيم:
	نتائج وإجراءات من المقابلة الأولية:
	اذكر الدعم الذي يجب أن تقدمه ممرضة الحقن للمريض في المنزل:

الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن

(يستكملها الطبيب المعالج)

١. أوقف الحقن الوريدي

٢. اتصل برقم الطوارئ القومي

رقم الهاتف	997
------------	-----

٣. اتصل بالطبيب

رقم التليفون:	
رقم التليفون (المتاح ٢٤ ساعة):	
اسم الطبيب:	
اسم العيادة:	
الحجم الكلي في كيس الحقن (بالمليتر):	
العنوان:	

٤. علاج الحالات الطارئة

علاج الحالات الطارئة، ومقدار الجرعة	
-------------------------------------	--

٥. الشخص التابع للمريض الذي يجب الاتصال به/بها

الاسم:	
رقم التليفون:	

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَدِّمِي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدت (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدت:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

(اليوم - الشهر - السنة)	تاريخ الحقن الوريدي:
	المرضة:
	مُقدم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَدِّمِي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مودنة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدت (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدت:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

(اليوم - الشهر - السنة)	تاريخ الحقن الوريدي:
	المرمضة:
	مُقدم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَدِّمِي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مودنة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدت (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدت:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

(اليوم - الشهر - السنة)	تاريخ الحقن الوريدي:
	المرمضة:
	مُقدم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّم) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّم) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

(اليوم - الشهر - السنة)	تاريخ الحقن الوريدي:
	الممرضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الإستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّم) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والتناج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

(اليوم - الشهر - السنة)	تاريخ الحقن الوريدي:
	الممرضة:
	مُقدم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّم) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّم) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّم) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّم) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً.
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّم) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

املاً هذه الاستمارة عند كل جلسة حقن وريدي

- أبلغ المريض و/أو مُقَدِّم (مُقَيِّمي) الرعاية بالمخاطر المرتبطة بالحقن المنزلي باستخدام فابرازيم، مع تزويدهم بالمعرفة المناسبة حول استخدام أدوية الطوارئ.
- في حالة حدوث أي رد فعل مرتبط بالحقن، يجب إيقاف الحقن فوراً
- الإجراءات اللازمة في حالة حدوث رد فعل خطير مرتبط بالحقن، ومن ذلك بيانات الأشخاص الذين يجب الاتصال بهم في حالات الطوارئ، مدونة في هذا السجل. احتفظ بهذه المعلومات في متناول اليد أثناء إجراء عملية الحقن الوريدي.

الجرعة	
	الحجم المطلوب تحضيره من محلول فابرازيم (بالمليتر):
زجاجة ٥ مجم:	عدد عبوات العلاج المستخدمة:
زجاجة ٣٥ مجم:	
	الفترة الزمنية لحقن العلاج:
	معدل حقن العلاج:
	مشكلات / ملاحظات مرتبطة بالحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ (بما في ذلك ردود الفعل المرتبطة بالحقن، والإجراءات المُتَّخَذَة، والنتائج):
	الوضع الصحي العام للمريض - صف أي مشكلات صحية جديدة تمر بها حالياً قبل الحقن الوريدي، إذا وُجِدَتْ:

٥. اسم الشخص المسؤول عن إجراء الحقن الوريدي

	تاريخ الحقن الوريدي:
(اليوم - الشهر - السنة)	المرمضة:
	مُقدِّم الرعاية الخاص بك إذا كان مختلفاً عن الشخص المذكور أعلاه:

ملاحظات

للمعلومات الطبية: الرجاء التواصل علي: +٩٦٦١٢٦٦٩٣٣١٨
أو البريد الإلكتروني: ksa.medicalinformation@sanofi.com

للإبلاغ عن الأعراض الجانبية
الهيئة العامة للغذاء والدواء - المركز الوطني للتيقظ
فاكس: +٩٦٦١١٢٠٥٧٦٦٢
للاتصال بالرقم الموحد للهيئة العامة للغذاء والدواء: ١٩٩٩٩
الهاتف المجاني: ٨٠٠٢٤٩٠٠٠٠
البريد الإلكتروني: npc.drug@sfd.gov.sa
الموقع الإلكتروني: <https://ade.sfd.gov.sa>

شركة سانوفي السعودية
التيقظ الدوائي، فضلا الاتصال علي: +٩٦٦٥٤٤٢٨٤٧٩٧
البريد الإلكتروني: ksa_pharmacovigilance@sanofi.com
للحصول علي نسخ إضافية، الرجاء الاتصال على سانوفي: +٩٦٦٥٦٤٠٩٥٢٠٧



Fabrazyme[®]
agalsidase beta

SANOFI GENZYME 