|  |
| --- |
| KARTY MONITOROWANIA LECZENIA EKULIZUMABEM |
| OBOWIĄZKOWE PROCEDURY DLA WSZYSTKICH PACJENTÓW |  | **data** |
| Wykonane szczepienie przeciw meningokokom, Rodzaj szczepionki i daty szczepieńw przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni od szczepienia – profilaktyka antybiotykowa | NIE…………………………..Przyczyna……………………..…………………………………………………………………………TAK…………………………..Oświadczenie o szczepieniu1.Nazwa………………….2.Nazwa………………….TAK……….. Czas antybiotykoterapiiNIE………………..Przyczyna…………………..………………………………….…………………………………. | ………..………..……………………………..Od…….Do………. |
| OBOWIĄZKOWE PROCEDURY DLA WYBRANYCH PACJENTÓW |  |  |
|  Dla kobiet w wieku rozrodczym zgoda na świadomą kontrolę  urodzeń w czasie leczenia i w ciągu 5 miesięcy od stosowania  ostatniej dawki ekulizumabu Dla chorych < 18 lat szczepienia przeciw  Str pneumoniae oraz  Haemophilus Influenzae  (w/w jeżeli dziecko nie było wcześniej szczepione) | Podpisana zgodaTAK ……...NIE ……….TAK………….NIE……………Szczepionka…………………Szczepionka………………… | …………..…………..…………… |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| KARTA MONITOROWANIA PODAWANIA EKULIZUMABU  |
| **1-szy ROK Leczenia** |
| **Numer dawki** | **data** | **Liczba dni od poprzedniej** | **Waga****[kg]** | **Dawka** | **Powikłania infuzji (**do wpisania) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| **PO 6m ROZPATRZENIE MOZLIWOŚCI PRZERWANIA LECZENIA**  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| **2-gi rok leczenia** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| MONITOROWANIE SKUTECZNOSCI LECZENIA |
| Wywiad od ostatniej wizyty | Częstość wpisów |
| Objawy aHUS od ostatniej dawki leku: | TAK/NIE | Jeśli TAK to jakie nieprawidłowości:PLT……………Hb……………..schozicytyLDH……………Kreatyninainne | Przy każdej wizycie |
| POWIKŁANIA od ostatniej wizyty | TAK/NIE | Jeśli TAK to jaka:INFEKCJA:Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych…………………………………Posocznica…………………………………..Zapalenie płuc……………………………..ZUM……………………………………………….Infekcja prz pokarm………………………Zapalenie wątroby………………………….Grypa……………………………………………..Inne infekcje …………………………….Choroba nieinfekcyjna…………….…………………………………………………CIĄŻA……………………………………….. | Przy każdej wizycie |
| Badania laboratoryjne  | Częstość wykonania |
| 1.C32.CH50 | DataData | Wynik…………………….Wynik…………………….. | norma | Przed podaniem kolejnej dawki leku |
| 3.Morfologia:RBCRETWBCPLTSchizocyty | data | Wynik………………………………………………Wynik………………………………………………Wynik…………………………………………………Wynik………………………………………………Wynik……………………………………………… | Przed podaniem kolejnej dawki leku |
| 4.Haptoglobina  | data | Wynik………………………. | norma | Przed podaniem kolejnej dawki leku |
| 5.LDH | data | Wynik………………………… | norma | Przed podaniem kolejnej dawki leku |
| 6.KreatyninaGFR |  | ……………………………………………………………………. | norma | Przed podaniem kolejnej dawki leku |
| 7.Mocz b ogólneBiałkomoczerytrocyturia | data | Wynik………………………………………………….Wynik…………………………………………………… | Przed podaniem kolejnej dawki leku |
| 8.Albuminy surowicy | data | Wynik…………………………………………………… | Raz na 3 miesiące  |
| 9.p-ciała antyH | data | Wynik ………………………… | Norma…………………….. | przed 1szą dawką Jeśli p-ciała obecne pobrać 1 x w miesiącu  |
|  |