|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KARTY MONITOROWANIA LECZENIA EKULIZUMABEM | | |
| OBOWIĄZKOWE PROCEDURY DLA WSZYSTKICH PACJENTÓW |  | **data** |
| Wykonane szczepienie przeciw meningokokom,  Rodzaj szczepionki i daty szczepień  w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni od szczepienia – profilaktyka antybiotykowa | NIE…………………………..  Przyczyna……………………..  ……………………………………  ……………………………………  TAK…………………………..  Oświadczenie o szczepieniu  1.Nazwa………………….  2.Nazwa………………….  TAK………..  Czas antybiotykoterapii  NIE………………..  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 zgoda  TAK ……...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……………..  schozicyty  LDH……………  Kreatynina  inne | | | | | 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.C3  2.CH50 | | | Data  Data | Wynik…………………….  Wynik…………………….. | | | norma | | Przed podaniem kolejnej dawki leku |
| 3.Morfologia:  RBC  RET  WBC  PLT  Schizocyty | | | 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.Kreatynina  GFR | | |  | …………………………………  …………………………………. | | | norma | | Przed podaniem kolejnej dawki leku |
| 7.Mocz b ogólne  Białkomocz  erytrocyturia | | | 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 |
|  | | | | | | | | | |