

DESDE..... HASTA.....

Diario del paciente para la autoadministración de gammaglobulina polivalente subcutánea

Apellidos: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número Historia Clínica: _____



SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN DOMICILIO

Este Diario contiene:

1. DIARIO DEL PACIENTE páginas de 3 a 14

Siguiendo las instrucciones que le indicarán en su unidad de referencia, anotará en el **“Diario del Paciente”**, la información correspondiente a cada administración de tratamiento que usted realice en su domicilio.

Deberá llevarlo a la consulta en las próximas visitas de control.

Para su cumplimentación deberá seguir estas pautas:

- Pegar las etiquetas autoadhesivas de cada vial administrado para poder identificar el lote del producto administrado en caso necesario.
- Anotar la información relativa al procedimiento de autoadministración requerida en el registro: dosis, velocidad y zona de infusión, localización de punción, efectos adversos.
- Registrar también cualquier incidencia que resulte relevante durante el tratamiento.

2. DIARIO DE PROCESOS INFECCIOSOS páginas de 15 a 26

Así mismo, anotará en el **“Diario de Procesos Infecciosos”** los episodios de malestar general e infecciosos que aparezcan a lo largo del periodo de tratamiento con gammaglobulina SC, información relativa al seguimiento, tratamiento y duración.

A rellenar por Enfermería:

DIARIO DEL PACIENTE Autoadministración de gammaglobulina Subcutanea.			
Bomba de infusión:			
Tipo:		Fecha entrega al paciente	
Nº de serie:	/...../.....	
Tratamiento:			
Fármaco	Concentración	Dosis (ml/semana)	Vía de administración Subcutánea

DIARIO DEL PACIENTE

Fecha	Lote nº (etiqueta del vial)	ml. de infusión punción total		Nº zonas infusión	Lugar de infusión	Efectos adversos locales							
						*marcar con una X							
					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

DIARIO DEL PACIENTE

Fecha	Lote nº (etiqueta del vial)	ml. de infusión punción total		Nº zonas infusión	Lugar de infusión	Efectos adversos locales							
						*marcar con una X							
					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
						Observaciones							

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
						Observaciones							

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
						Observaciones							

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

DIARIO DEL PACIENTE

Fecha	Lote nº (etiqueta del vial)	ml. de infusión punción total		Nº zonas infusión	Lugar de infusión	Efectos adversos locales							
						*marcar con una X							
					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

DIARIO DEL PACIENTE

Fecha	Lote nº (etiqueta del vial)	ml. de infusión punción total		Nº zonas infusión	Lugar de infusión	Efectos adversos locales							
						*marcar con una X							
					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
					Observaciones								

DIARIO DEL PACIENTE

Fecha	Lote nº (etiqueta del vial)	ml. de infusión punción total		Nº zonas infusión	Lugar de infusión	Efectos adversos locales							
						*marcar con una X							
					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
						Observaciones							

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
						Observaciones							

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
						Observaciones							

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros	
						Si *								
						Duración								
						Tratamiento								
					Observaciones									

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros	
						Si *								
						Duración								
						Tratamiento								
					Observaciones									

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros	
						Si *								
						Duración								
						Tratamiento								
					Observaciones									

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros	
						Si *								
						Duración								
						Tratamiento								
					Observaciones									

DIARIO DEL PACIENTE

Fecha	Lote nº (etiqueta del vial)	ml. de infusión punción total		Nº zonas infusión	Lugar de infusión	Efectos adversos locales							
						*marcar con una X							
					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
						Observaciones							

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
						Observaciones							

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
						Observaciones							

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros	
						Si *								
						Duración								
						Tratamiento								
					Observaciones									

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros	
						Si *								
						Duración								
						Tratamiento								
					Observaciones									

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros	
						Si *								
						Duración								
						Tratamiento								
					Observaciones									

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros	
						Si *								
						Duración								
						Tratamiento								
					Observaciones									

DIARIO DEL PACIENTE

Fecha	Lote nº (etiqueta del vial)	ml. de infusión punción total		Nº zonas infusión	Lugar de infusión	Efectos adversos locales							
						*marcar con una X							
					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
						Observaciones							

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
						Observaciones							

					<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otros		Dolor	Picor	Tumefacción	Enrojecimiento	Hematoma	Nódulo residual	Otros
						Si *							
						Duración							
						Tratamiento							
						Observaciones							

DIARIO DE PROCESOS INFECCIOSOS

Síntomas (En caso de que surjan, anote la fecha y marque con una "X")								
Fecha								
Fiebre								
Faringitis								
Rinitis								
Tos no productiva								
Tos productiva								
Malestar general								
Otros (especificar)								

Antibióticos					Malestar general			
Fármaco	Dosis	Frecuencia	Inicio	Final	Desde	Hasta	Desde	Hasta

DIARIO DE PROCESOS INFECCIOSOS

Síntomas (En caso de que surjan, anote la fecha y marque con una "X")								
Fecha								
Fiebre								
Faringitis								
Rinitis								
Tos no productiva								
Tos productiva								
Malestar general								
Otros (especificar)								

Antibióticos					Malestar general			
Fármaco	Dosis	Frecuencia	Inicio	Final	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Síntomas (En caso de que surjan, anote la fecha y marque con una "X")								
Fecha								
Fiebre								
Faringitis								
Rinitis								
Tos no productiva								
Tos productiva								
Malestar general								
Otros (especificar)								

Antibióticos					Malestar general			
Fármaco	Dosis	Frecuencia	Inicio	Final	Desde	Hasta	Desde	Hasta

DIARIO DE PROCESOS INFECCIOSOS

Síntomas (En caso de que surjan, anote la fecha y marque con una "X")								
Fecha								
Fiebre								
Faringitis								
Rinitis								
Tos no productiva								
Tos productiva								
Malestar general								
Otros (especificar)								

Antibióticos					Malestar general			
Fármaco	Dosis	Frecuencia	Inicio	Final	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Síntomas (En caso de que surjan, anote la fecha y marque con una "X")								
Fecha								
Fiebre								
Faringitis								
Rinitis								
Tos no productiva								
Tos productiva								
Malestar general								
Otros (especificar)								

Antibióticos					Malestar general			
Fármaco	Dosis	Frecuencia	Inicio	Final	Desde	Hasta	Desde	Hasta

DIARIO DE PROCESOS INFECCIOSOS

Síntomas (En caso de que surjan, anote la fecha y marque con una "X")								
Fecha								
Fiebre								
Faringitis								
Rinitis								
Tos no productiva								
Tos productiva								
Malestar general								
Otros (especificar)								

Antibióticos					Malestar general			
Fármaco	Dosis	Frecuencia	Inicio	Final	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Síntomas (En caso de que surjan, anote la fecha y marque con una "X")								
Fecha								
Fiebre								
Faringitis								
Rinitis								
Tos no productiva								
Tos productiva								
Malestar general								
Otros (especificar)								

Antibióticos					Malestar general			
Fármaco	Dosis	Frecuencia	Inicio	Final	Desde	Hasta	Desde	Hasta

DIARIO DE PROCESOS INFECCIOSOS

Síntomas (En caso de que surjan, anote la fecha y marque con una "X")								
Fecha								
Fiebre								
Faringitis								
Rinitis								
Tos no productiva								
Tos productiva								
Malestar general								
Otros (especificar)								

Antibióticos					Malestar general			
Fármaco	Dosis	Frecuencia	Inicio	Final	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Síntomas (En caso de que surjan, anote la fecha y marque con una "X")								
Fecha								
Fiebre								
Faringitis								
Rinitis								
Tos no productiva								
Tos productiva								
Malestar general								
Otros (especificar)								

Antibióticos					Malestar general			
Fármaco	Dosis	Frecuencia	Inicio	Final	Desde	Hasta	Desde	Hasta

DIARIO DE PROCESOS INFECCIOSOS

Síntomas (En caso de que surjan, anote la fecha y marque con una "X")								
Fecha								
Fiebre								
Faringitis								
Rinitis								
Tos no productiva								
Tos productiva								
Malestar general								
Otros (especificar)								

Antibióticos					Malestar general			
Fármaco	Dosis	Frecuencia	Inicio	Final	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Síntomas (En caso de que surjan, anote la fecha y marque con una "X")								
Fecha								
Fiebre								
Faringitis								
Rinitis								
Tos no productiva								
Tos productiva								
Malestar general								
Otros (especificar)								

Antibióticos					Malestar general			
Fármaco	Dosis	Frecuencia	Inicio	Final	Desde	Hasta	Desde	Hasta

DIARIO DE PROCESOS INFECCIOSOS

Síntomas (En caso de que surjan, anote la fecha y marque con una "X")								
Fecha								
Fiebre								
Faringitis								
Rinitis								
Tos no productiva								
Tos productiva								
Malestar general								
Otros (especificar)								

Antibióticos					Malestar general			
Fármaco	Dosis	Frecuencia	Inicio	Final	Desde	Hasta	Desde	Hasta

ACTUACIÓN ANTE UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA

Uso del dispositivo de autoadministración de adrenalina

Si durante la infusión de gammaglobulina SC o en los 30 minutos posteriores al fin de la infusión, aparecen uno o más síntomas de reacción generalizada (anafilaxia):

1. Interrumpa inmediatamente la infusión de gammaglobulina retirando la aguja.
2. Coja el dispositivo de autoadministración de adrenalina intramuscular, con el pulgar al lado de la tapa de seguridad.
3. Retire el tapón de seguridad, con la otra mano.
4. Sujete el extremo negro a unos 10 cm de la parte externa del muslo.
5. Clávelo enérgicamente en la parte externa del muslo (oírá un clic).
6. Manténgalo firmemente en el muslo durante 10 segundos (durante este tiempo se inyecta el fármaco).
7. Masajee el área de inyección durante 10 segundos.

8. Llame a su hospital de referencia o al Servicio de Urgencias de ese Hospital (dependiendo de la hora), refiera la incidencia y le darán indicaciones de actuación

Unidad de referencia: _____

Horario: _____

Teléfono de contacto: _____

Servicio de Urgencias: _____

Teléfono: _____

o diríjase a Urgencias del Hospital más cercano con toda la información relacionada con su tratamiento (Manual, Diarios y último informe médico).

9. Informe al personal sanitario del Servicio de Urgencias que se ha administrado usted mismo una inyección intramuscular de adrenalina.

Durante la infusión del tratamiento y en los 30 minutos posteriores a su fin, le recomendamos:

1. Disponer del manual de actuación.
2. Estar acompañado para poder seguir las instrucciones de actuación.
3. Tener cerca el dispositivo de autoadministración de adrenalina intramuscular.



Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona
Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias Pediátricas
Hospital de Día Polivalente del Área Pediátrica



Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria.
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Con la colaboración de:

CSL Behring
Biotherapies for Life™