

**Datos de la infusión (a cumplimentar por el personal de enfermería de atención domiciliaria y/o el paciente y/o el cuidador)**

Fecha de la infusión	Fecha (dd-mmm-aaaa):
Estado de salud general del paciente: problemas específicos/observaciones	
Dosis/velocidad de infusión	
Número de viales utilizados	Viales de 400 U:
Duración de la administración	
¿Velocidad de administración?	
Problemas/observaciones (relacionados con la infusión, por ejemplo efectos secundarios)	

**Datos de la infusión (a cumplimentar por el personal de enfermería de atención domiciliaria y/o el paciente y/o el cuidador)**

Fecha de la infusión	Fecha (dd-mmm-aaaa):
Estado de salud general del paciente: problemas específicos/observaciones	
Dosis/velocidad de infusión	
Número de viales utilizados	Viales de 400 U:
Duración de la administración	
¿Velocidad de administración?	
Problemas/observaciones (relacionados con la infusión, por ejemplo efectos secundarios)	

PROES006526 - septiembre 2014

# PERFUSIÓN DOMICILIARIA DE CEREZYME® (IMIGLUCERASA). DIARIO DE REGISTRO PARA EL PROFESIONAL SANITARIO

## DATOS GENERALES

Paciente	Nombre:
	Fecha de nacimiento:
	Dirección:
	CP/Localidad:
	Teléfono:

Personal de enfermería	Nombre:
	Institución:
	Teléfono:

Médico	Nombre:
	Hospital:
	Dirección:
	Teléfono:

Farmacia	Nombre:
	Dirección:
	Teléfono:

Teléfono de emergencias	Teléfono:
-------------------------	-----------

Material informativo autorizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en octubre de 2014

**genzyme**  
A SANOFI COMPANY

**Datos para la administración**  
*(a cumplimentar por el médico que trata al paciente)*

Se administra Cerezyme® desde	Fecha (dd-mm-aaaa):
Primera infusión administrada en casa	Fecha (dd-mm-aaaa):
Por favor, indique la ayuda que prestará el personal de enfermería	
Régimen de dosificación de Cerezyme® (dosis, frecuencia y velocidad de infusión)	

**Detalles de la medicación de emergencia**  
*(a cumplimentar por el médico que trata al paciente)*

**Acciones necesarias en el caso de que se produzca una reacción grave asociada a la infusión.**

1. Interrumpir la infusión
2. Llamar al teléfono de Emergencias xxxxxxxxxxxxxx (nacional)
3. Llamar al médico tratante

**Datos de la infusión (a cumplimentar por el personal de enfermería de atención domiciliaria y/o el paciente y/o el cuidador)**

Fecha de la infusión	Fecha (dd-mmm-aaaa):
Estado de salud general del paciente: problemas específicos/observaciones	
Dosis/velocidad de infusión	
Número de viales utilizados	Viales de 400 U:
Duración de la administración	
¿Velocidad de administración?	
Problemas/observaciones (relacionados con la infusión, por ejemplo efectos secundarios)	

**Datos de la infusión (a cumplimentar por el personal de enfermería de atención domiciliaria y/o el paciente y/o el cuidador)**

Fecha de la infusión	Fecha (dd-mmm-aaaa):
Estado de salud general del paciente: problemas específicos/observaciones	
Dosis/velocidad de infusión	
Número de viales utilizados	Viales de 400 U:
Duración de la administración	
¿Velocidad de administración?	
Problemas/observaciones (relacionados con la infusión, por ejemplo efectos secundarios)	