



Mein NMOSD-Journal bei der Behandlung mit ENSPRYNG® ▼ (Satralizumab)

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Sie können dabei helfen, indem Sie jede auftretende Nebenwirkung melden. Bitte melden Sie Nebenwirkungen an die Roche Pharma (Schweiz) AG (switzerland.ds@roche.com) oder an Swissmedic (www.swissmedic.ch).



Liebe Patientin, lieber Patient

Als ein persönlicher Therapie-Begleiter möchte Sie das vorliegende NMOSD-Journal im Umgang mit der vielschichtigen Erkrankung unterstützen. Wir wollen Sie auch ermuntern, aktiv bei der Behandlung mitzuwirken.

Denn je genauer Sie die beobachteten Veränderungen bei Ihren Symptomen sowie besondere Vorkommnisse dokumentieren, umso besser kann Ihr Arzt bei Ihnen das Ansprechen auf die Therapie mit ENSPRYNG® beurteilen. Und bei Bedarf die Behandlung eben auch anpassen.

Bei Fragen zur Therapie und bei möglichen Nebenwirkungen wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt.

Wir wünschen Ihnen alles Gute für Ihre Gesundheit!

Ihr Roche Neuroscience Team

Bitte denken Sie daran, Ihr NMOSD-Journal zu Ihren Arztbesuchen mitzunehmen.

So führen Sie Ihr NMOSD-Journal richtig

Bitte tragen Sie zu jeder ENSPRYNG® Injektion folgende Angaben ein:

- Datum, Uhrzeit
- Chargennummer

Auch beim Arzt oder im Spital verabreichte Injektionen sollten im NMOSD-Journal dokumentiert werden.

Bitte markieren Sie zudem bei jeder Injektion die verwendete Injektionsstelle.



Zudem sollten Sie in Ihrem NMOSD-Journal Veränderungen oder Vorkommnisse seit der letzten Injektion eintragen:

- Verbesserungen oder Verschlechterungen Ihrer Symptome
- Änderungen Ihrer Begleitmedikation (Name/Dosierung)
- Besondere Ereignisse betreffend Arbeit, Familie, Freizeit/Sport, Ernährung etc.

Wenn Sie eine Anwendung von ENSPRYNG® vergessen haben, sollten Sie diese so bald wie möglich nachholen. Warten Sie nicht bis zur nächsten geplanten Dosis. Achten Sie darauf immer das Datum der Injektion einzutragen, an dem die Injektion auch tatsächlich stattgefunden hat.

Ein Beispiel für einen Eintrag im NMOSD-Journal finden Sie auf der folgenden Seite.

Falls Sie Mühe beim Ausfüllen haben, kann Ihnen sicher jemand aus Ihrem Umfeld oder Ihr Arzt dabei behilflich sein.

Mein Start mit ENSPRYNG®

Zu Beginn Ihrer Therapie starten Sie mit einer Aufsättigungsdosis von insgesamt 3 Spritzen alle 2 Wochen (Woche 0, 2, und 4).

Mein Start mit ENSPRYNG® – Beispiel

Zu Beginn Ihrer Therapie starten Sie mit einer Aufsättigungsdosis von insgesamt 3 Spritzen: Je 1 Injektion in Woche 0, 2 und 4

Aufsättigungsdosis: Woche 0 / Injektion 1

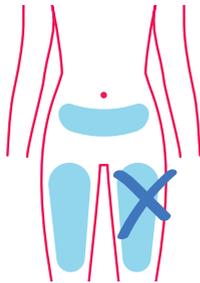
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum 07.08.20 Zeit 10 Uhr

Chargen-Nr. 10182525

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

Weiterhin schubfrei



So habe ich die Injektion vertragen:

Gut

Weniger gut. Ich hatte folgende Beschwerden:

.....
.....
.....

Beobachtungen & Besonderheiten

Besondere Ereignisse / Aktivitäten, Symptome, Bemerkungen

Datum

Was

10.8.20

Hochzeit meiner Schwester

12.8.20

Radtour mit Freunden

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Mein Start mit ENSPRYNG® – Woche 0

Zu Beginn Ihrer Therapie starten Sie mit einer Aufsättigungsdosis von insgesamt 3 Spritzen: Je 1 Injektion in Woche 0, 2 und 4

Aufsättigungsdosis: Woche 0 / Injektion 1

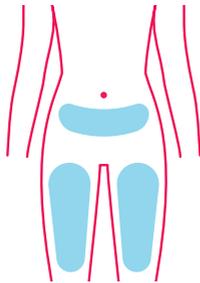
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

So habe ich die Injektion vertragen:

Gut

Weniger gut. Ich hatte folgende Beschwerden:

.....
.....
.....

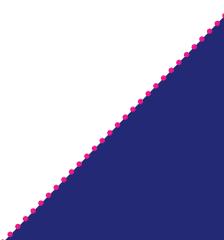
Beobachtungen & Besonderheiten

Besondere Ereignisse / Aktivitäten, Symptome, Bemerkungen

Datum

Was

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Mein Start mit ENSPRYNG® – Woche 2

Zu Beginn Ihrer Therapie starten Sie mit einer Aufsättigungsdosis von insgesamt 3 Spritzen: Je 1 Injektion in Woche 0, 2 und 4

Aufsättigungsdosis: Woche 2 / Injektion 2

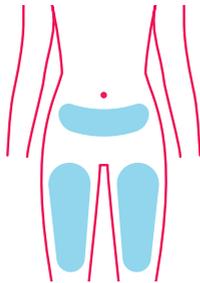
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte Einstichstelle mit einem Kreuz markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

So habe ich die Injektion vertragen:

Gut

Weniger gut. Ich hatte folgende Beschwerden:

.....
.....
.....

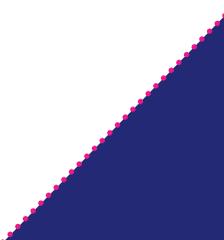
Beobachtungen & Besonderheiten

Besondere Ereignisse / Aktivitäten, Symptome, Bemerkungen

Datum

Was

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Mein Start mit ENSPRYNG® – Woche 4

Zu Beginn Ihrer Therapie starten Sie mit einer Aufsättigungsdosis von insgesamt 3 Spritzen: Je 1 Injektion in Woche 0, 2 und 4

Aufsättigungsdosis: Woche 4 / Injektion 3

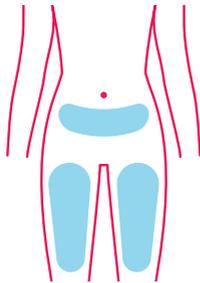
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

So habe ich die Injektion vertragen:

Gut

Weniger gut. Ich hatte folgende Beschwerden:

.....
.....
.....

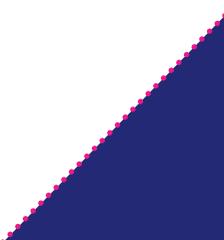
Beobachtungen & Besonderheiten

Besondere Ereignisse / Aktivitäten, Symptome, Bemerkungen

Datum

Was

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

**Bei der anschliessenden Erhaltungstherapie
beträgt die Erhaltungsdosis 1 Injektion alle
4 Wochen (ab Woche 8).**

Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

Erhaltungsdosis: 1 Injektion alle 4 Wochen

Erhaltungsdosis:

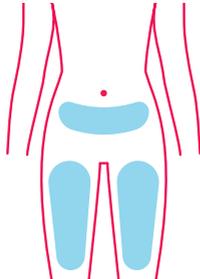
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

So habe ich die Injektion vertragen:

Gut

Weniger gut. Ich hatte folgende Beschwerden:

.....
.....
.....

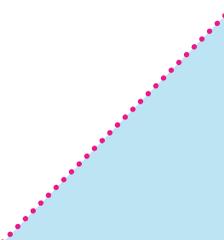
Beobachtungen & Besonderheiten

Besondere Ereignisse / Aktivitäten, Symptome, Bemerkungen

Datum

Was

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

Erhaltungsdosis: 1 Injektion alle 4 Wochen

Erhaltungsdosis:

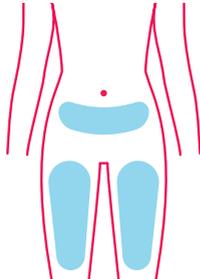
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

So habe ich die Injektion vertragen:

Gut

Weniger gut. Ich hatte folgende Beschwerden:

.....
.....
.....

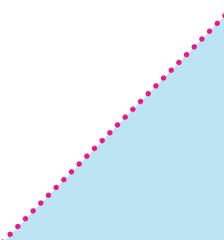
Beobachtungen & Besonderheiten

Besondere Ereignisse / Aktivitäten, Symptome, Bemerkungen

Datum

Was

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

Erhaltungsdosis: 1 Injektion alle 4 Wochen

Erhaltungsdosis:

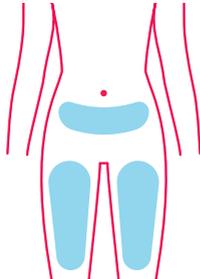
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

Erhaltungsdosis: 1 Injektion alle 4 Wochen

Erhaltungsdosis:

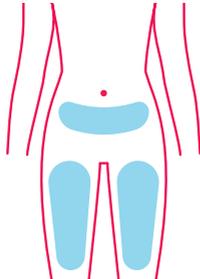
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

Erhaltungsdosis: 1 Injektion alle 4 Wochen

Erhaltungsdosis:

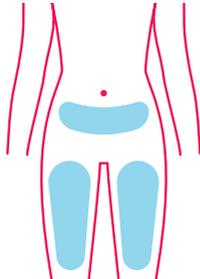
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

Erhaltungsdosis: 1 Injektion alle 4 Wochen

Erhaltungsdosis:

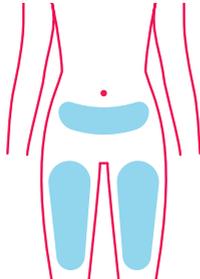
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

Erhaltungsdosis: 1 Injektion alle 4 Wochen

Erhaltungsdosis:

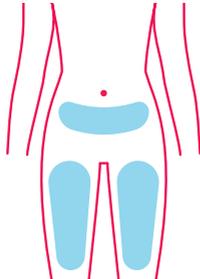
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

So habe ich die Injektion vertragen:

Gut

Weniger gut. Ich hatte folgende Beschwerden:

.....
.....
.....

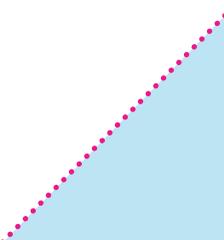
Beobachtungen & Besonderheiten

Besondere Ereignisse / Aktivitäten, Symptome, Bemerkungen

Datum

Was

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

Erhaltungsdosis: 1 Injektion alle 4 Wochen

Erhaltungsdosis:

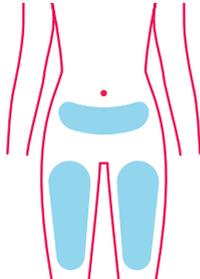
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

So habe ich die Injektion vertragen:

Gut

Weniger gut. Ich hatte folgende Beschwerden:

.....
.....
.....

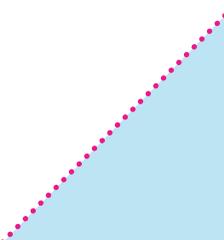
Beobachtungen & Besonderheiten

Besondere Ereignisse / Aktivitäten, Symptome, Bemerkungen

Datum

Was

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

Erhaltungsdosis: 1 Injektion alle 4 Wochen

Erhaltungsdosis:

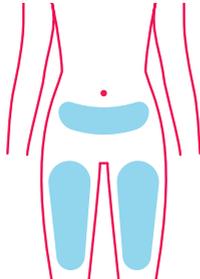
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

So habe ich die Injektion vertragen:

Gut

Weniger gut. Ich hatte folgende Beschwerden:

.....
.....
.....

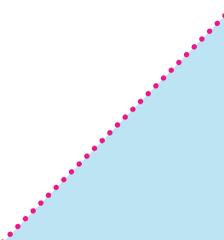
Beobachtungen & Besonderheiten

Besondere Ereignisse / Aktivitäten, Symptome, Bemerkungen

Datum

Was

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

Erhaltungsdosis: 1 Injektion alle 4 Wochen

Erhaltungsdosis:

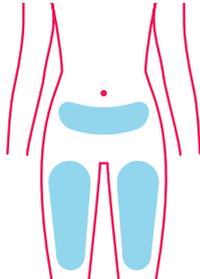
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

So habe ich die Injektion vertragen:

Gut

Weniger gut. Ich hatte folgende Beschwerden:

.....
.....
.....

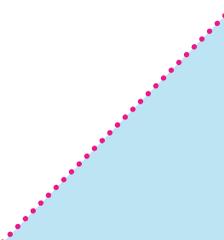
Beobachtungen & Besonderheiten

Besondere Ereignisse / Aktivitäten, Symptome, Bemerkungen

Datum

Was

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

Erhaltungsdosis: 1 Injektion alle 4 Wochen

Erhaltungsdosis:

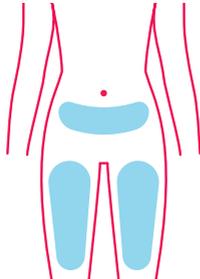
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

Meine Erhaltungstherapie mit ENSPRYNG®

Erhaltungsdosis: 1 Injektion alle 4 Wochen

Erhaltungsdosis:

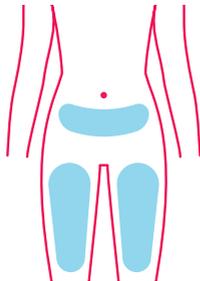
ENSPRYNG® Injektion durchgeführt

Datum Zeit

Chargen-Nr.

ENSPRYNG®-Injektion

Bitte
Einstichstelle
mit einem
Kreuz
markieren



So fühle ich mich heute



Kommentar

.....
.....
.....

So haben sich meine Symptome seit der letzten Injektion insgesamt verändert:

	-	=	+
.....			
.....			
.....			
.....			

So habe ich die Injektion vertragen:

Gut

Weniger gut. Ich hatte folgende Beschwerden:

.....
.....
.....

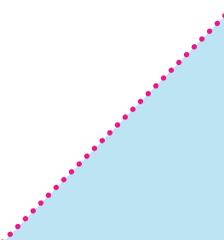
Beobachtungen & Besonderheiten

Besondere Ereignisse / Aktivitäten, Symptome, Bemerkungen

Datum

Was

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Weitere Informationen zu NMOSD



NMOSD-Patientenbroschüre

Diese Broschüre geht gezielt auf die Erkrankung bei NMOSD ein und gibt Ihnen weiterführende Informationen zu den verschiedenen Themen im Alltag, wie z. B. Ernährung, Bewegung und Sozialrecht.



ENSPRYNG® Patientenbroschüre

Weitere Informationen zu Ihrer Behandlung mit ENSPRYNG® finden Sie in der Patientenbroschüre.

Weitere NMOSD- Journale können Sie jederzeit bei Ihrem Arzt anfordern.



Weiterführende Informationen finden Sie auf unserer Webseite Fokus Mensch.

Passwort: MeinENSPRYNG

Notizen



A series of horizontal lines for writing notes, consisting of 20 thin grey lines spaced evenly down the page.

Diese Informationsbroschüre ist für Personen mit verordneter Therapie mit ENSPRYNG® (Satralizumab) bestimmt und wird ausschliesslich durch medizinische Fachpersonen abgegeben. Die Informationen in dieser Broschüre sollen und können die Beratung durch medizinische Fachkräfte nicht ersetzen. Wenn Sie Bedenken oder Fragen zu Ihrer Gesundheit haben, wenden Sie sich bitte unverzüglich an Ihren Arzt.



Roche Pharma (Schweiz) AG
4052 Basel

07/2020 M-CH-00000156 RO81350