



Il mio diario del NMOSD durante il trattamento con ENSPRYNG® ▼ (Satralizumab)

▼ Questo medicamento è soggetto a monitoraggio addizionale. Ciò consente una rapida identificazione delle nuove conoscenze in materia di sicurezza. Potete contribuire segnalandone gli effetti collaterali a Roche Pharma (Svizzera) SA (switzerland.ds@roche.com) o a Swissmedic (www.swissmedic.ch).



Gentile paziente,

con questo diario del NMOSD desideriamo offrirle un compagno personale durante la terapia per aiutarla nei molteplici aspetti di questa malattia. Vogliamo anche incoraggiarla a partecipare attivamente al trattamento.

Infatti, quanto più precisamente osserverà i cambiamenti nei suoi sintomi e documenterà eventi particolari, tanto meglio il suo medico potrà valutare la sua risposta alla terapia con ENSPRYNG® e, se necessario, adattarla.

Per domande sulla terapia e in caso di possibili effetti collaterali si rivolga al suo medico.

Tantissimi auguri per la sua salute!

Il vostro Roche Neuroscience Team

Ricordi di portare con sé il suo diario del NMOSD alle visite dal medico.

Come si usa il Mio NMOSD Journal?

Per ogni iniezione di ENSPRYNG® inserisca i seguenti dati:

- Data, ora
- Numero della confezione

Anche le iniezioni somministrate dal medico o presso l'ospedale andrebbero documentate nel diario del NMOSD.

Inoltre, per ogni iniezione deve indicare la sede di iniezione utilizzata.



Nel suo diario del NMOSD deve registrare anche eventuali variazioni o eventi che si sono verificati dall'ultima iniezione:

- Miglioramenti o peggioramenti dei suoi sintomi
- Cambiamenti nei farmaci che assume (nome/dose)
- Eventi particolari riguardanti lavoro, famiglia, tempo libero/sport, alimentazione, ecc.

Se ha dimenticato un'iniezione di ENSPRYNG®, deve recuperarla il prima possibile. Non aspetti fino alla dose successiva prevista. Faccia sempre attenzione a registrare la data effettiva in cui è avvenuta l'iniezione.

Nella prossima pagina trova un esempio di diario del NMOSD compilato.

Se ha difficoltà a compilare il diario, sicuramente qualcuno a lei vicino o il suo medico potrà aiutarla.

L'inizio della mia terapia con ENSPRYNG®

Avvii la sua terapia con dosi di saturazione di 3 iniezioni in totale ogni 2 settimane (Settimana 0, 2 e 4).

L'inizio della mia terapia con ENSPRYNG® – Esempio

Avvii la sua terapia con dosi di saturazione di 3 iniezioni in totale: un'iniezione alle settimane 0, 2 e 4

Dose di saturazione: Settimana 0 / Iniezione 1



Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

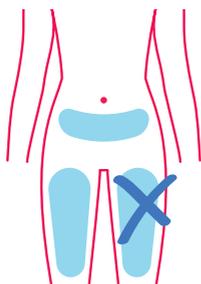
Data 07.08.20

Ora 10 del mattino

Confezione n. 70182525

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

Ancora nessuna recidiva

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

-

=

+



Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

70.8.20

Matrimonio di mia sorella

72.8.20

Giro in bici con gli amici

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

L'inizio della mia terapia con ENSPRYNG® – Settimana 0

Avvii la sua terapia con dosi di saturazione di 3 iniezioni in totale: un'iniezione alle settimane 0, 2 e 4

Dose di saturazione: Settimana 0 / Iniezione 1

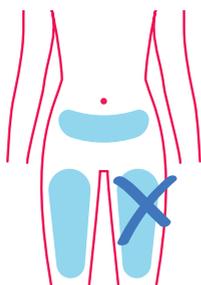
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

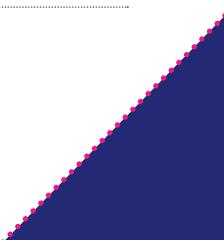
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



L'inizio della mia terapia con ENSPRYNG® – Settimana 2

Avvii la sua terapia con dosi di saturazione di 3 iniezioni in totale: un'iniezione alle settimane 0, 2 e 4

Dose di saturazione: Settimana 2 / Iniezione 2

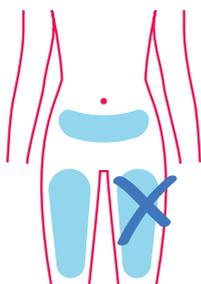
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

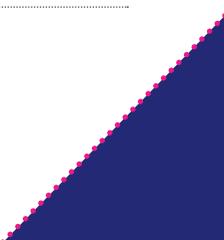
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



L'inizio della mia terapia con ENSPRYNG® – Settimana 4

Avvii la sua terapia con dosi di saturazione di 3 iniezioni in totale: un'iniezione alle settimane 0, 2 e 4

Dose di saturazione: Settimana 4 / Iniezione 3

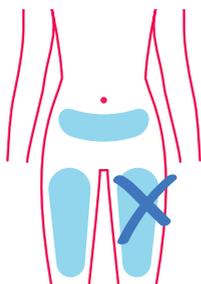
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

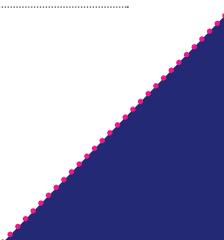
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

**Nella terapia di mantenimento successiva,
la dose di mantenimento è di 1 iniezione ogni
4 settimane (a partire dalla settimana 8).**

La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane

Dose di mantenimento:

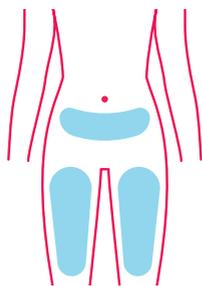
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

.....

.....

.....

Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

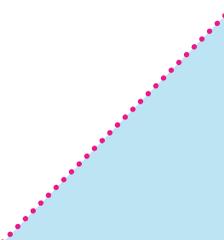
.....

.....

.....

.....

.....



La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane

Dose di mantenimento:

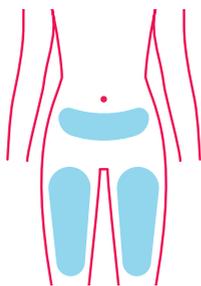
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la
sede di
iniezione
con una
croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

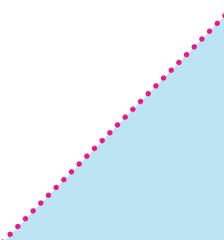
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane

Dose di mantenimento:

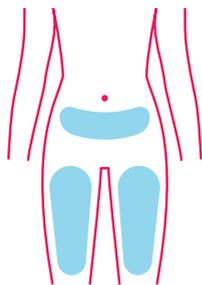
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

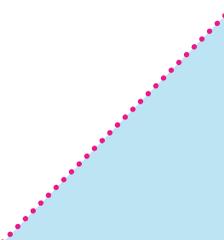
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane

Dose di mantenimento:

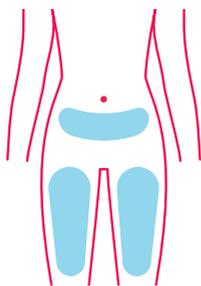
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la
sede di
iniezione
con una
croce



Oggi mi sento:



Commento

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

**Ecco come sono cambiati complessivamente
i miei sintomi dall'ultima iniezione:**

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

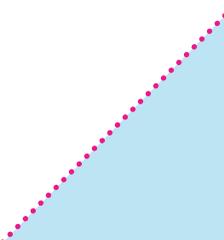
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane

Dose di mantenimento:

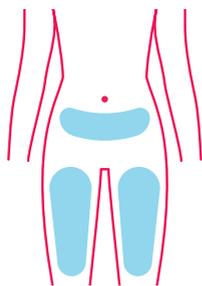
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

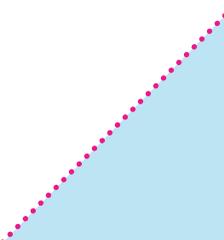
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane

Dose di mantenimento:

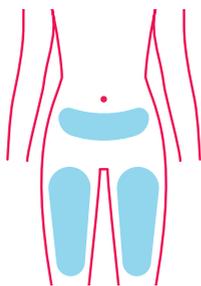
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

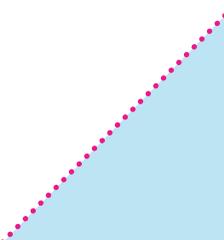
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane

Dose di mantenimento:

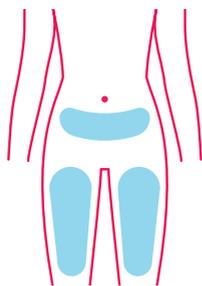
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

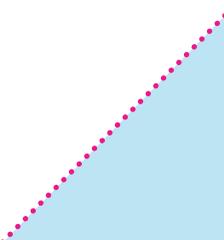
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane

Dose di mantenimento:

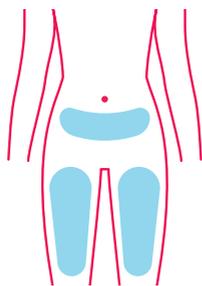
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

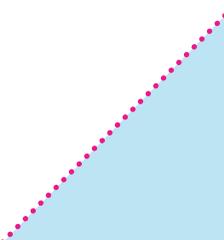
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane

Dose di mantenimento:

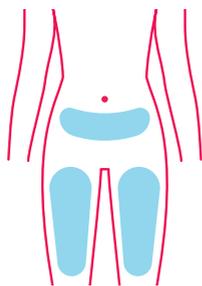
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

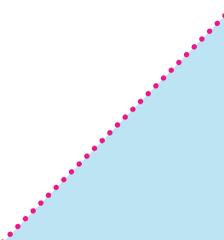
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane

Dose di mantenimento:

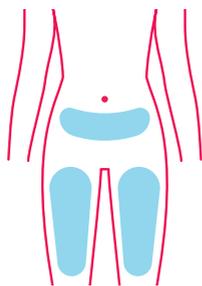
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

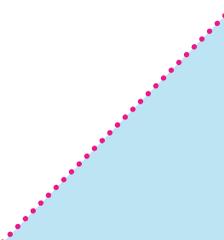
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane

Dose di mantenimento:

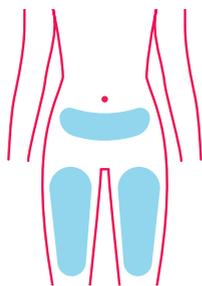
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

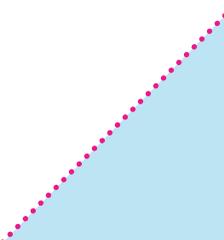
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane

Dose di mantenimento:

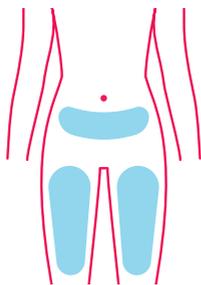
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

Data Ora

Confezione n.

Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



Oggi mi sento:



Commento

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

Ecco come sono cambiati complessivamente i miei sintomi dall'ultima iniezione:

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

Ho tollerato l'iniezione:

Bene

Non molto bene. Ho avuto i seguenti disturbi:

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

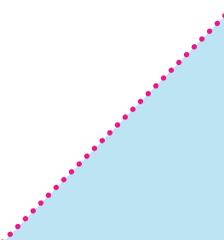
Osservazioni e particolarità

Eventi / Attività particolari, sintomi, osservazioni

Data

Cosa

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



Maggiori informazioni sul NMOSD



Opuscolo per il paziente sul NMOSD

Questo opuscolo tratta il NMOSD in modo dettagliato concentrandosi sulla malattia e fornisce maggiori informazioni sui diversi aspetti che ne sono interessati nel quotidiano, come ad es. alimentazione, mobilità e assistenza sociale.



Opuscolo per il paziente su ENSPRYNG®

Trova maggiori informazioni sul suo trattamento con ENSPRYNG® nell'opuscolo per il paziente.

Può richiedere altri diari del NMOSD al suo medico in qualsiasi momento.



Trova maggiori informazioni sulla nostra pagina web Focus Persona. Password: MioENSPRYNG

Questo opuscolo informativo è destinato a persone alle quali è stata prescritta la terapia con ENSPRYNG® (Satralizumab) e viene consegnato esclusivamente da personale medico specializzato. Le informazioni qui contenute non devono né possono sostituire la consulenza di un medico esperto. In caso di dubbi o domande sulla sua salute non esiti a rivolgersi al suo medico.



Roche Pharma (Svizzera) SA
4052 Basilea

07/2020 M-CH-00000156 RO81348