



## 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](mailto:switzerland.ds@roche.com)) o a Swissmedic ([www.swissmedic.ch](http://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

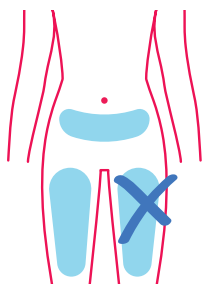
Data 07.08.20

Ora 10 del mattino

Confezione n. 70182525

## Iniezione di ENSPRYNG®

Segnare la sede di iniezione con una croce



## Oggi mi sento:

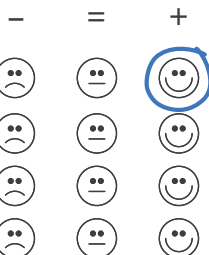


Commento

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

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

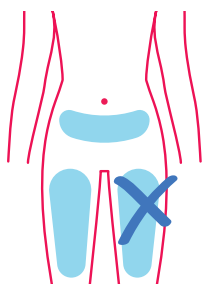
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

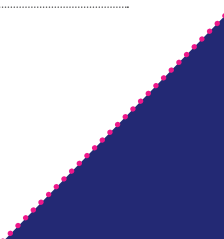
**Osservazioni e particolarità**

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

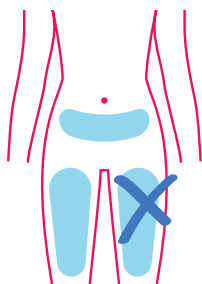
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

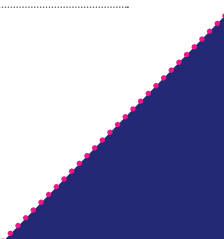
**Osservazioni e particolarità**

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

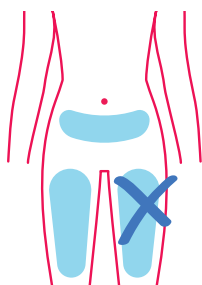
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

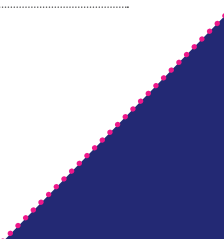
**Osservazioni e particolarità**

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:

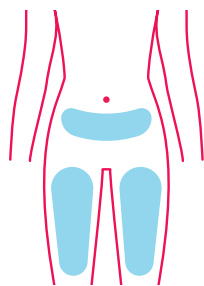
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

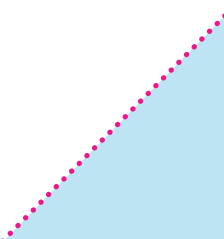
**Osservazioni e particolarità**

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:

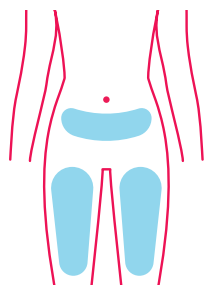
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

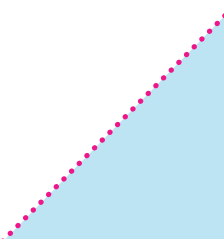
**Osservazioni e particolarità**

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:

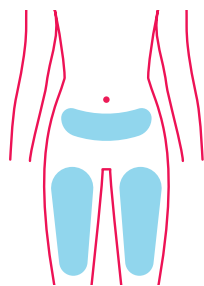
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

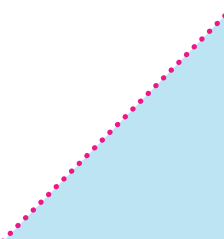
**Osservazioni e particolarità**

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:

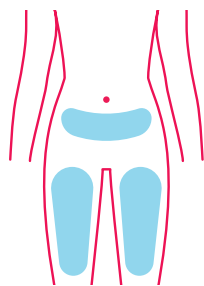
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

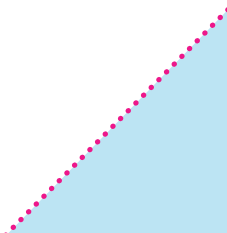
.....

.....

.....

.....

.....



# La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

**Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane**

## Dose di mantenimento:

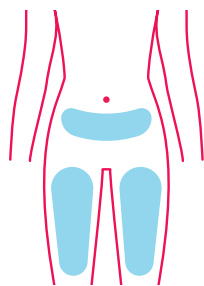
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

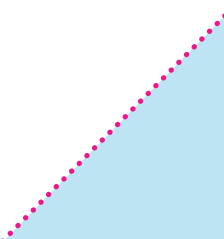
**Osservazioni e particolarità**

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:

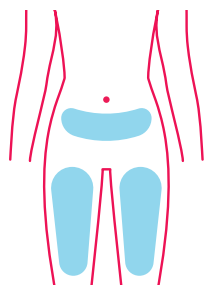
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

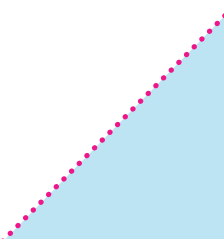
**Osservazioni e particolarità**

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:

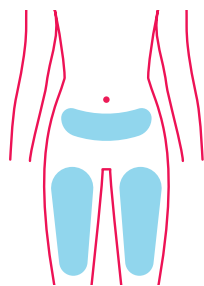
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

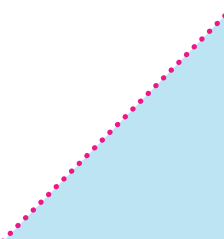
### Osservazioni e particolarità

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:

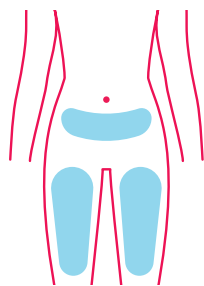
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

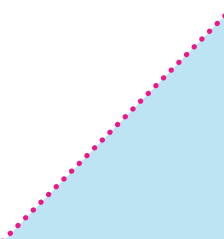
**Osservazioni e particolarità**

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:

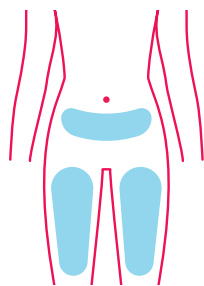
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

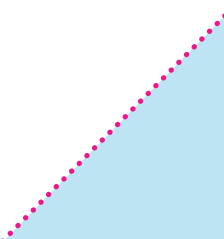
**Osservazioni e particolarità**

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:

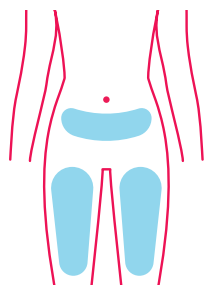
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

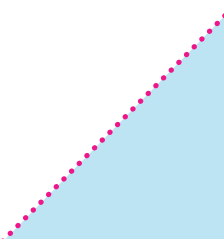
**Osservazioni e particolarità**

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:

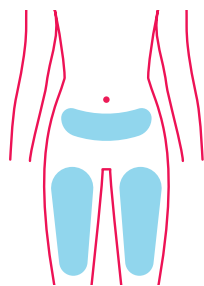
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

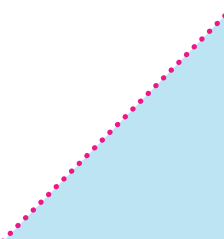
.....

.....

.....

.....

.....



# La mia terapia di mantenimento con ENSPRYNG®

**Dose di mantenimento: 1 iniezione ogni 4 settimane**

## Dose di mantenimento:

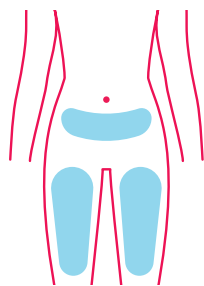
Iniezione di ENSPRYNG® effettuata

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:

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

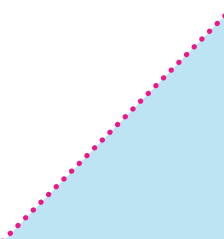
**Osservazioni e particolarità**

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**

# Appunti



Lined page for taking notes.

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