



PATIENTENPASS

IHR WEG DURCH
DIE CHEMOTHERAPIE

Bitte bei jedem Arztbesuch mitbringen!

AMGEN[®]
www.onkologie.de

Hausarzt/weiterbehandelnder Arzt:

Stempel inkl. Tel./Fax

Onkologisches Zentrum/Praxis:

Stempel inkl. Tel./Fax
Telefonsprechzeit:

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Straße: _____

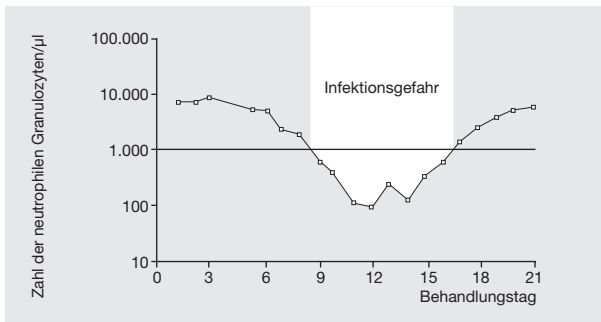
Ort: _____

Telefon: _____

Wichtige Information

Zur Behandlung der bei Ihnen vorliegenden Erkrankung wird eine Chemotherapie durchgeführt. Die dabei eingesetzten Medikamente können vorübergehend die Anzahl bestimmter Blutzellen verringern, indem sie deren Neubildung im Knochenmark unterdrücken.

Möglicher Verlauf der Zahl der neutrophilen Granulozyten nach Chemotherapie: Bei unter 1000 Granulozyten/ μl besteht erhöhte Infektionsgefahr.



Mehr Informationen zum Thema Chemotherapie finden Sie im Internet auf www.onkologie.de

Um zu vermeiden, dass durch die Behandlung Komplikationen (insbesondere Infektionen) auftreten, sollten Sie sich bei folgenden Beschwerden umgehend – und zwar auch im Zweifelsfall – mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt in Verbindung setzen:

- **Erhöhte Körpertemperatur**
- **Schüttelfrost**
- **Brennen oder Schmerzen beim Wasserlassen**
- **Durchfälle**
- **Husten, Atemnot**
- **Schluckbeschwerden, Halsentzündungen (Angina)**
- **Blutungen**
- **Veränderung an der Haut oder Schleimhaut**
- **Bewusstseinsstörungen**

Ferner sollten Sie diesen Patientenpass zu jedem Arzttermin mitbringen und ihn jeweils unaufgefordert der Ärztin/dem Arzt vorlegen. Lassen Sie dabei immer Ihre aktuellen Werte sowie den nächsten Termin eintragen.

Persönliche Daten

Diagnose:

Datum der Erstdiagnose:

Initiales Tumorstadium:

Nebendiagnosen:

Blutgruppe:

Operationen:

Chemotherapie:

Strahlentherapie:

Hormontherapie:

Bemerkungen:

Häufig eingesetzte Zytostatika

(Wirkstoffe und Abkürzungen)

| | | | |
|---------------------|-------|------------------|-------|
| Actinomycin D | DACT | Lomustin | CCNU |
| Asparaginase | L-ASP | Melphalan | L-PAM |
| Bleomycin | BLM | Mercaptopurin | 6-MP |
| Busulfan | BUS | Methotrexat | MTX |
| Carboplatin | CBDCA | Mitomycin | MMC |
| Carmustin | BCNU | Mitoxantron | DHAD |
| Chlorambucil | CBL | Nimustin | ACNU |
| Chlorodeoxyadenosin | CDA | Oxaliplatin | OXPT |
| Cisplatin | DDP | Paclitaxel | PTXL |
| Cyclophosphamid | CPM | Pentostatin | DCF |
| Cytosin-Arabinosid | ARAC | Procarbacin | PCZ |
| Dacarbacin | DTIC | Prednison,-solon | PRED |
| Daunorubicin | DNR | Teniposid | VM-26 |
| Docetaxel | DTXL | Thioguanin | 6-TG |
| Doxorubicin | ADM | Thiotepa | TTP |
| Epirubicin | EPI | Tomudex | TOM |
| Etoposid | VP-16 | Topotecan | TPN |
| Fludarabin | FAMP | Treosulfan | DHB |
| Fluorouracil | 5-FU | Trofosfamid | TROF |
| Gemcitabin | DFDC | Vinblastin | VBL |
| Hydroxyurea | HU | Vincristin | VCR |
| Idarubicin | IDA | Vindesin | VDS |
| Ifosfamid | IFO | Vinorelbin | VRL |
| Irinotecan | ITC | | |

Sonstige:

Zytostatikabehandlung

Datum: _____

Präparat:

Dosierung:

Nächste Chemotherapie am: _____

Blutbildkontrollen:

| Termin | Leukozyten | Granulozyten | Thrombozyten | Hämoglobin |
|--------|------------|--------------|--------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Weitere Medikation:

Zytostatikabehandlung

Datum: _____

Präparat:

Dosierung:

Nächste Chemotherapie am: _____

Blutbildkontrollen:

| Termin | Leukozyten | Granulozyten | Thrombozyten | Hämoglobin |
|--------|------------|--------------|--------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Weitere Medikation:

Zytostatikabehandlung

Datum: _____

Präparat:

Dosierung:

Nächste Chemotherapie am: _____

Blutbildkontrollen:

| Termin | Leukozyten | Granulozyten | Thrombozyten | Hämoglobin |
|--------|------------|--------------|--------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Weitere Medikation:

Zytostatikabehandlung

Datum: _____

Präparat:

Dosierung:

Nächste Chemotherapie am: _____

Blutbildkontrollen:

| Termin | Leukozyten | Granulozyten | Thrombozyten | Hämoglobin |
|--------|------------|--------------|--------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Weitere Medikation:

Zytostatikabehandlung

Datum: _____

Präparat:

Dosierung:

Nächste Chemotherapie am: _____

Blutbildkontrollen:

| Termin | Leukozyten | Granulozyten | Thrombozyten | Hämoglobin |
|--------|------------|--------------|--------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Weitere Medikation:

Zytostatikabehandlung

Datum: _____

Präparat:

Dosierung:

Nächste Chemotherapie am: _____

Blutbildkontrollen:

| Termin | Leukozyten | Granulozyten | Thrombozyten | Hämoglobin |
|--------|------------|--------------|--------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Weitere Medikation:

Zytostatikabehandlung

Datum: _____

Präparat:

Dosierung:

Nächste Chemotherapie am: _____

Blutbildkontrollen:

| Termin | Leukozyten | Granulozyten | Thrombozyten | Hämoglobin |
|--------|------------|--------------|--------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Weitere Medikation:

Zytostatikabehandlung

Datum: _____

Präparat:

Dosierung:

Nächste Chemotherapie am: _____

Blutbildkontrollen:

| Termin | Leukozyten | Granulozyten | Thrombozyten | Hämoglobin |
|--------|------------|--------------|--------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Weitere Medikation:

Zytostatikabehandlung

Datum: _____

Präparat:

Dosierung:

Nächste Chemotherapie am: _____

Blutbildkontrollen:

| Termin | Leukozyten | Granulozyten | Thrombozyten | Hämoglobin |
|--------|------------|--------------|--------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Weitere Medikation:

Zytostatikabehandlung

Datum: _____

Präparat:

Dosierung:

Nächste Chemotherapie am: _____

Blutbildkontrollen:

| Termin | Leukozyten | Granulozyten | Thrombozyten | Hämoglobin |
|--------|------------|--------------|--------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Weitere Medikation:

Zytostatikabehandlung

Datum: _____

Präparat:

Dosierung:

Nächste Chemotherapie am: _____

Blutbildkontrollen:

| Termin | Leukozyten | Granulozyten | Thrombozyten | Hämoglobin |
|--------|------------|--------------|--------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Weitere Medikation:



AMGEN GmbH

Riesstraße 24
80992 München
Telefon: +49 89 149096-0
www.amgen.de

AMGEN[®]
www.onkologie.de

Freigabenummer: DE-NP-003-0415-105092

003/12358/03