

Deficit di Alfa 1 Antitripsina

Diario del Paziente



Egregio Paziente,

Ti è stata prescritta una terapia sostitutiva a base di Alfa 1 Antitripsina.

L'Alfa 1 Antitripsina viene somministrata per via endovenosa. Ora è possibile effettuare l'infusione nella comodità della propria casa grazie all'auto-somministrazione.

È richiesta una formazione adeguata da parte di personale sanitario prima di somministrare le infusioni a casa.

Inoltre, a supporto dei pazienti è disponibile un programma di formazione per l'auto-somministrazione con tutte le informazioni e i materiali necessari tra cui questo diario e una tovaglietta di carta plastificata che riporta le icone di tutto l'occorrente per l'auto-somministrazione.

Per monitorare la risposta al trattamento, è essenziale documentare correttamente le infusioni di Alfa 1 Antitripsina. Questo diario è concepito per aiutarti nel monitoraggio della terapia.

Assicurati di averlo con te.

Trattamento e prevenzione

Nome _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

Numero di telefono _____

Diagnosi _____

Farmaco prescritto _____

Centro di riferimento per la terapia

Nome _____

Indirizzo _____

Numero di telefono _____

Clinico

Nome _____

Indirizzo _____

Numero di telefono _____

Orario di visite _____

Medico curante

Nome _____

Indirizzo _____

Numero di telefono _____

Orario di visite _____

Istruzioni in caso di emergenza

Numeri di telefono per eventi avversi _____

1 ^ settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

g ^ settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

10[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

11 ^ settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

12[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

13[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

14[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

15[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

16[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

17[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

18^a settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

19[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

20[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data Adesivi identificativi del lotto

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Data Adesivi identificativi del lotto

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

21[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

22[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

23[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

24[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

25[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

26[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

27[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

28^a settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

29[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

30[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

31 ^ settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

32[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

33[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

34[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

35[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

36[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

37[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

38^a settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

39[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

40[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

41 ^ settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

42[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

43[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

44[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

45[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

46[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

47[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

48^a settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

49[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

50[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

51 ^ settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

52[^] settimana, dal ___/___/___ al ___/___/___

Peso kg ___ Data ___/___/___

Posizionare l'adesivo del lotto rimovibile da tutte le fiale di Alpha 1 somministrate nel campo sottostante.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Inizio _____ Fine _____

Se hai bisogno di spazio aggiuntivo, puoi anche utilizzare queste pagine per posizionare adesivi aggiuntivi. Assicurati di annotare la corretta data di ciascuna infusione. Porta il tuo diario del paziente ad ogni visita medica

Infusione settimanale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi nella ricostituzione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemi durante/dopo l'infusione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autosomministrazione	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Osservazioni*

*Uso di altri farmaci, assenza dal lavoro a causa di malattia, osservazioni o problemi durante o dopo infusione, febbre, infezione ecc

Data	Adesivi identificativi del lotto	Data	Adesivi identificativi del lotto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Associazione Nazionale Alfa1-AT

ODV di diritto

Sede legale: Via Galilei, 24 - 25068 Sarezzo (BS)

Sede operativa: Via Puccini, 25/A - 25068 Sarezzo (BS)

Cell: 335 78 67 955

Fax: 030 8907455

Skype: alfa1.italia.generico

info@alfa1at.org

www.alfa1at.it

Cod. Fiscale 92008890177