

Kotihoidon seuranta-kaavake / ennaltaehkäisevä hoito

Nimi :			
Henkilötunnus :		Paino kg :	
		Pituus cm:	

Lääkevalmiste

FVIII	FIX	VWF	Muut
<input type="checkbox"/> Advate <input type="checkbox"/> Afstyla <input type="checkbox"/> Amofil <input type="checkbox"/> Elocta <input type="checkbox"/> Kovaltry <input type="checkbox"/> NovoEight <input type="checkbox"/> Nuwiq <input type="checkbox"/> Octafil Low <input type="checkbox"/> ReFacto AF	<input type="checkbox"/> BeneFIX <input type="checkbox"/> Octanine <input type="checkbox"/> Rixubis	<input type="checkbox"/> Haemate <input type="checkbox"/> Wilate <input type="checkbox"/> Wilfactin	<input type="checkbox"/> Feiba <input type="checkbox"/> NovoSeven <input type="checkbox"/> Cluvot <input type="checkbox"/> Muu, mikä: _____

Hoito

Hoitopäivä	Klo	Käytetty yksikkö-määrä IU /mg	Eränumero(t)	Hoidon aihe
				<input type="checkbox"/> Säännöllinen korvaava hoito <input type="checkbox"/> Toimenpiteen yhteydessä <input type="checkbox"/> Siedätyshoito <input type="checkbox"/> Muu, mikä:
				<input type="checkbox"/> Säännöllinen korvaava hoito <input type="checkbox"/> Toimenpiteen yhteydessä <input type="checkbox"/> Siedätyshoito <input type="checkbox"/> Muu, mikä:
				<input type="checkbox"/> Säännöllinen korvaava hoito <input type="checkbox"/> Toimenpiteen yhteydessä <input type="checkbox"/> Siedätyshoito <input type="checkbox"/> Muu, mikä:
				<input type="checkbox"/> Säännöllinen korvaava hoito <input type="checkbox"/> Toimenpiteen yhteydessä <input type="checkbox"/> Siedätyshoito <input type="checkbox"/> Muu, mikä:
				<input type="checkbox"/> Säännöllinen korvaava hoito <input type="checkbox"/> Toimenpiteen yhteydessä <input type="checkbox"/> Siedätyshoito <input type="checkbox"/> Muu, mikä:
				<input type="checkbox"/> Säännöllinen korvaava hoito <input type="checkbox"/> Toimenpiteen yhteydessä <input type="checkbox"/> Siedätyshoito <input type="checkbox"/> Muu, mikä:
				<input type="checkbox"/> Säännöllinen korvaava hoito <input type="checkbox"/> Toimenpiteen yhteydessä <input type="checkbox"/> Siedätyshoito <input type="checkbox"/> Muu, mikä:

Kaavake vastaanotettu: _____ (hoitoyksikkö täyttää)

(Lisätietoja omasta hoitoyksiköstä tai HUS Hyytymishäiriöyksikkö p. 050 427 9230 / päivystys: p. 09 - 471 73841)