

**VPRIV® 400 unités (vélaglucérase alfa),
poudre pour solution pour perfusion.**

Classeur de suivi des perfusions

Diffusé sous l'autorité de l'ANSM

Classeur de suivi des perfusions de VPRIV® (vélaglucérase alfa solution pour perfusion) pour la perfusion à domicile

Informations générales

Patient(e)

Nom :

Adresse :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Aidant (le cas échéant)

Nom :

Adresse :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Médecin prescripteur

Nom :

Adresse :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Infirmier/ère

Nom :

Adresse :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Pharmacie

Nom :

Adresse :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Numéro du service d'urgences national

Téléphone :

Informations sur l'administration

Administration de VPRIV® depuis (jour/mois/année) :

Première perfusion de VPRIV® à domicile (jour/mois/année) :

Dose de VPRIV®, fréquence :

Débit de perfusion de VPRIV® :

Indiquer le niveau d'assistance devant être apportée par l'infirmier/ère

Classeur de suivi des perfusions (à remplir lors de chaque perfusion)

Numéro de la perfusion :
Date de la perfusion :
Nom de la personne administrant la perfusion (patient(e), aidant ou infirmier/ère à domicile):
État général du/de la patient(e) :
Poids du/de la patient(e) (kg) :
Dose et débit de perfusion :
Numéro de lot :
Nombre de flacons utilisés :
Date de péremption :
Heure de début de la perfusion :
Heure d'arrêt de la perfusion :
Remarques générales :
Problème lié à la perfusion ?
• Mesure prise :

Numéro de la perfusion :
Date de la perfusion :
Nom de la personne administrant la perfusion (patient(e), aidant ou infirmier/ère à domicile):
État général du/de la patient(e) :
Poids du/de la patient(e) (kg) :
Dose et débit de perfusion :
Numéro de lot :
Nombre de flacons utilisés :
Date de péremption :
Heure de début de la perfusion :
Heure d'arrêt de la perfusion :
Remarques générales :
Problème lié à la perfusion ?
• Mesure prise :

Classeur de suivi des perfusions (à remplir lors de chaque perfusion)

Numéro de la perfusion :
Date de la perfusion :
Nom de la personne administrant la perfusion (patient(e), aidant ou infirmier/ère à domicile):
État général du/de la patient(e) :
Poids du/de la patient(e) (kg) :
Dose et débit de perfusion :
Numéro de lot :
Nombre de flacons utilisés :
Date de péremption :
Heure de début de la perfusion :
Heure d'arrêt de la perfusion :
Remarques générales :
Problème lié à la perfusion ?
• Mesure prise :

Numéro de la perfusion :
Date de la perfusion :
Nom de la personne administrant la perfusion (patient(e), aidant ou infirmier/ère à domicile):
État général du/de la patient(e) :
Poids du/de la patient(e) (kg) :
Dose et débit de perfusion :
Numéro de lot :
Nombre de flacons utilisés :
Date de péremption :
Heure de début de la perfusion :
Heure d'arrêt de la perfusion :
Remarques générales :
Problème lié à la perfusion ?
• Mesure prise :

Classeur de suivi des perfusions (à remplir lors de chaque perfusion)

Numéro de la perfusion :
Date de la perfusion :
Nom de la personne administrant la perfusion (patient(e), aidant ou infirmier/ère à domicile):
État général du/de la patient(e) :
Poids du/de la patient(e) (kg) :
Dose et débit de perfusion :
Numéro de lot :
Nombre de flacons utilisés :
Date de péremption :
Heure de début de la perfusion :
Heure d'arrêt de la perfusion :
Remarques générales :
Problème lié à la perfusion ?
• Mesure prise :

Numéro de la perfusion :
Date de la perfusion :
Nom de la personne administrant la perfusion (patient(e), aidant ou infirmier/ère à domicile):
État général du/de la patient(e) :
Poids du/de la patient(e) (kg) :
Dose et débit de perfusion :
Numéro de lot :
Nombre de flacons utilisés :
Date de péremption :
Heure de début de la perfusion :
Heure d'arrêt de la perfusion :
Remarques générales :
Problème lié à la perfusion ?
• Mesure prise :

Classeur de suivi des perfusions (à remplir lors de chaque perfusion)

Numéro de la perfusion :
Date de la perfusion :
Nom de la personne administrant la perfusion (patient(e), aidant ou infirmier/ère à domicile):
État général du/de la patient(e) :
Poids du/de la patient(e) (kg) :
Dose et débit de perfusion :
Numéro de lot :
Nombre de flacons utilisés :
Date de péremption :
Heure de début de la perfusion :
Heure d'arrêt de la perfusion :
Remarques générales :
Problème lié à la perfusion ?
• Mesure prise :

Numéro de la perfusion :
Date de la perfusion :
Nom de la personne administrant la perfusion (patient(e), aidant ou infirmier/ère à domicile):
État général du/de la patient(e) :
Poids du/de la patient(e) (kg) :
Dose et débit de perfusion :
Numéro de lot :
Nombre de flacons utilisés :
Date de péremption :
Heure de début de la perfusion :
Heure d'arrêt de la perfusion :
Remarques générales :
Problème lié à la perfusion ?
• Mesure prise :

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice d'information. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère chargé de la santé www.signalement-sante.gouv.fr. Pour plus d'information, consulter la rubrique « Déclarer un effet indésirable » sur le site Internet de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

Pour plus d'information sur VPRIV, veuillez consulter la base de données publique des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Takeda France S.A.S
112 avenue Kléber
75116 Paris
Tel : 01 40 67 33 00
Pharmacovigilance : AE.FRA@takeda.com
Information Médicale : medinfoEMEA@takeda.com/01 40 67 32 90