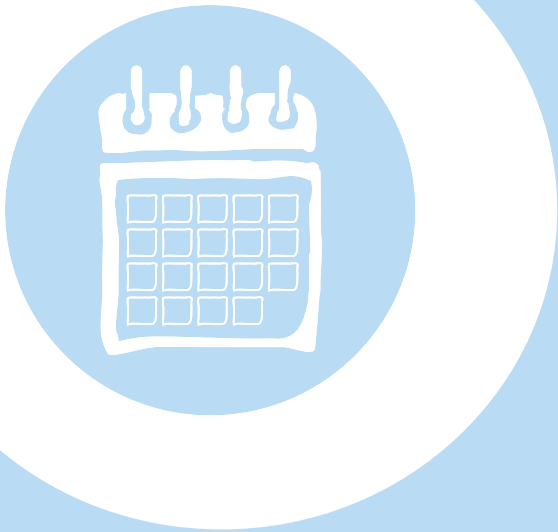




# DIARIO PER IL PAZIENTE



teva



## Dati personali

Nome: .....

Telefono: .....

Indirizzo e-mail: .....

.....

.....

.....

.....



# DIARIO PER IL PAZIENTE

## Gentile paziente,

questo Diario vuole essere uno strumento di supporto alla Sua terapia, un aiuto per individuare al meglio dove effettuare le iniezioni, seguendo una rotazione controllata dei siti.

In questo fascicolo sono illustrate in maniera intuitiva le sedi del corpo in cui praticare le iniezioni, numerate da 1 a 38.

Inoltre, è prevista la possibilità di annotare eventuali medicinali supplementari, effetti collaterali e/o visite mediche.

Per somministrarsi la terapia Le consigliamo di scegliere la fascia oraria a Lei più comoda e di riportare sul calendario il sito di iniezione utilizzato.

La compilazione regolare di questo Diario sarà un grande aiuto per Lei, nella gestione della terapia, e anche per il Suo medico che saprà controllarne l'aderenza e fornirLe utili consigli.

## Come compilare il Diario

Il **Diario per il paziente** prevede una serie di fogli di calendario prestampati su cui registrare le sedi di iniezione utilizzate.

Le possibili sedi di iniezione sono 38 e si localizzano sull'addome, sulle cosce, sulle braccia e sui glutei. Ogni sede è contraddistinta da un numero diverso.

Per compilare il Diario è necessario indicare il **mese** e il **giorno** della settimana.

Poi, una volta praticata l'iniezione, riportare il numero corrispondente alla sede utilizzata nella colonna "Numero sede di iniezione", come illustrato nell'esempio sotto.

È fondamentale **variare la sede di iniezione**, in modo da evitare irritazioni o reazioni cutanee, e non utilizzare una sede di iniezione nei sette giorni successivi.

Le zone arrossate, doloranti e indurite non devono essere utilizzate per le iniezioni sino al ritorno alla condizione di normalità.

## Esempio

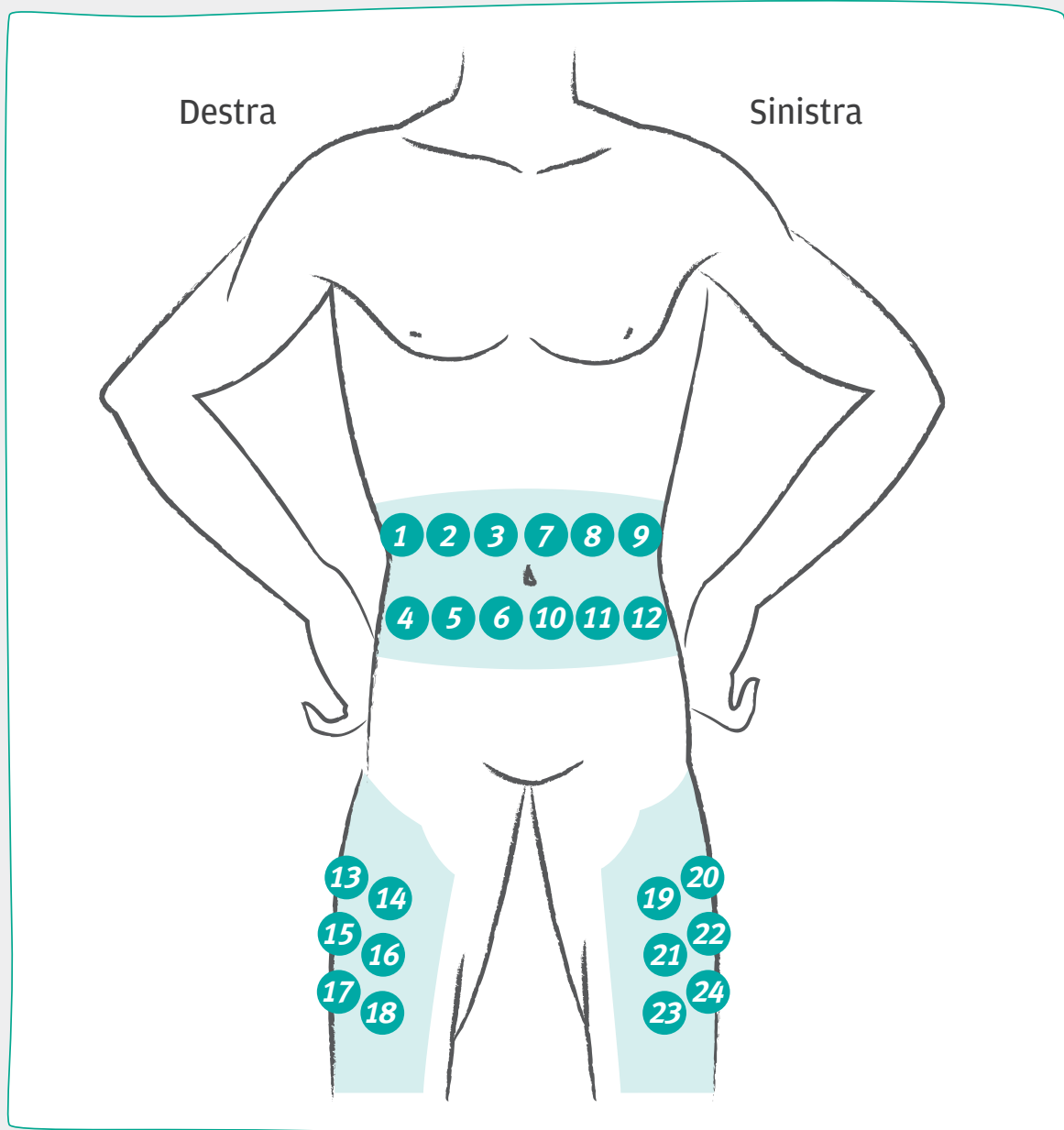
**MESE** *Gennaio*

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì	20/08/15	1
Martedì		
Mercoledì	22/08/15	6
Giovedì		
Venerdì	24/08/15	14
Sabato		
Domenica		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		

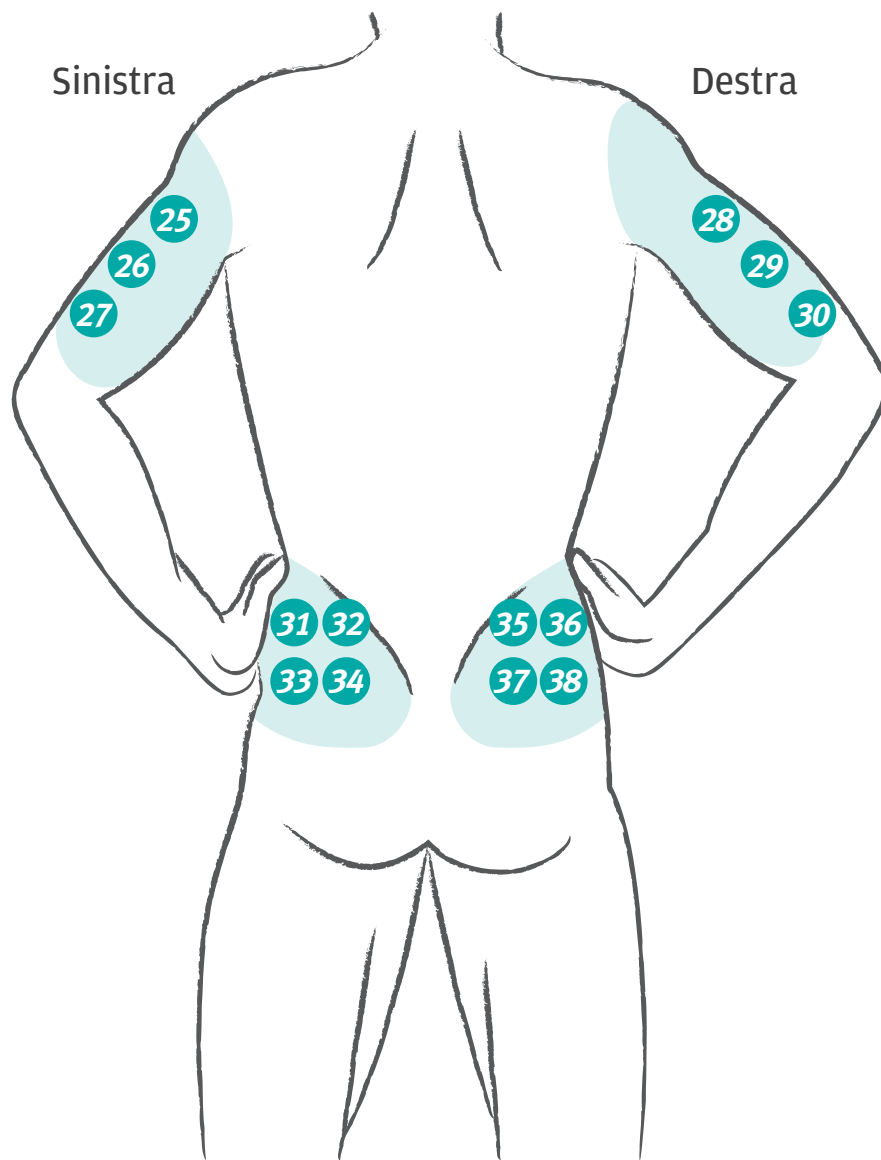


# DIARIO PER IL PAZIENTE



Sinistra

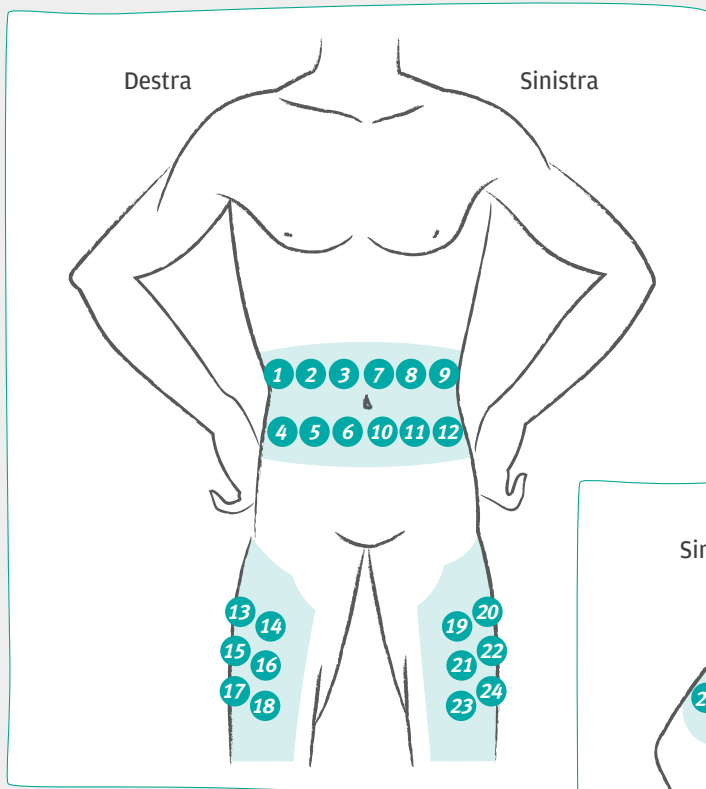
Destra



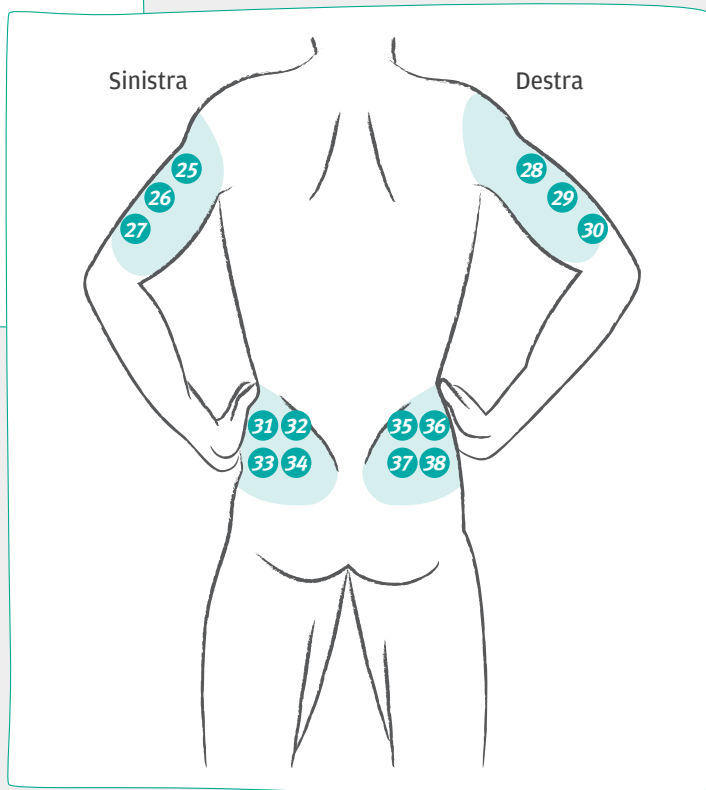


# DIARIO PER IL PAZIENTE

MESE 1



← Sedi di iniezione  
▼





GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Medicamenti supplementari	Ora
.....	.....
.....	.....

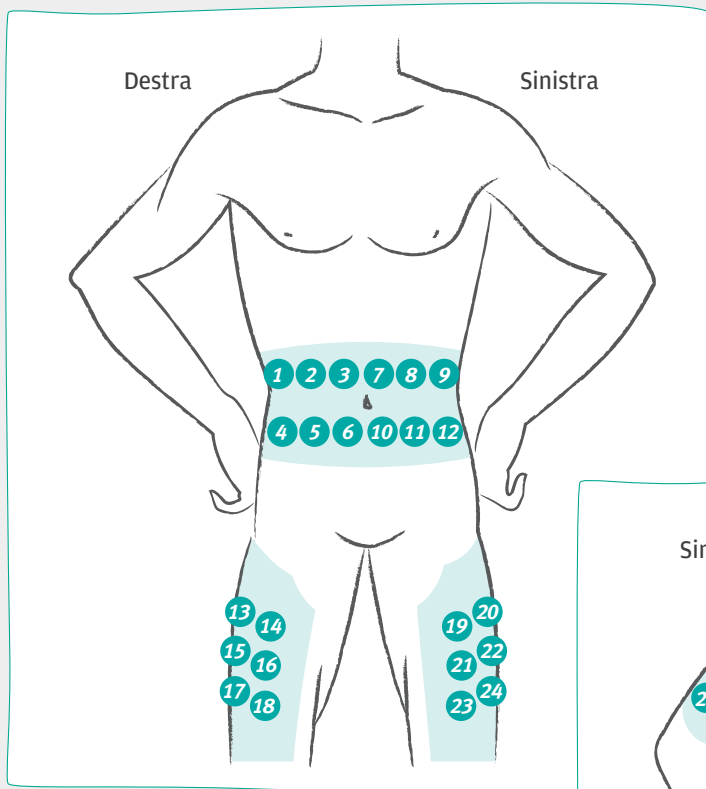
Cambiamenti dello stato generale, sintomi patologici, effetti collaterali	Ora
.....	.....
.....	.....

Visite mediche	Ora
.....	.....
.....	.....

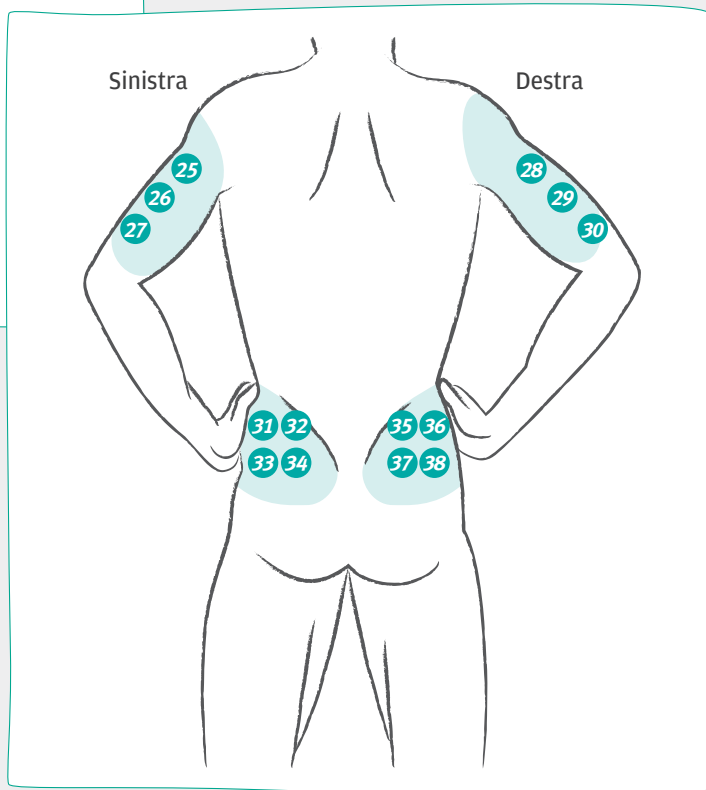


# DIARIO PER IL PAZIENTE

MESE 2



← Sedi di iniezione  
▼



GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

**Medicamenti supplementari**

Ora

.....

.....

.....

.....

**Cambiamenti dello stato generale, sintomi patologici, effetti collaterali**

Ora

.....

.....

.....

.....

**Visite mediche**

Ora

.....

.....

.....

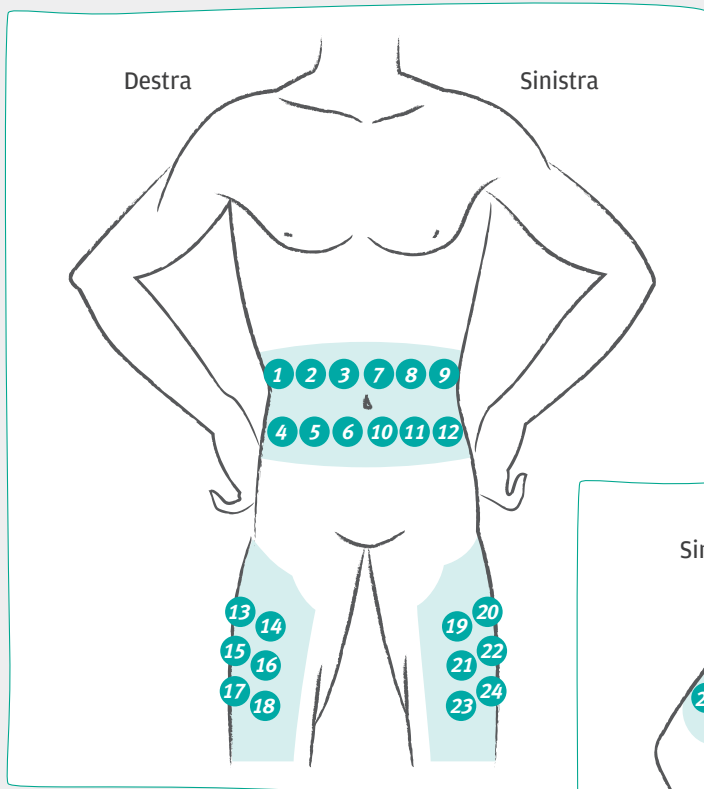
.....



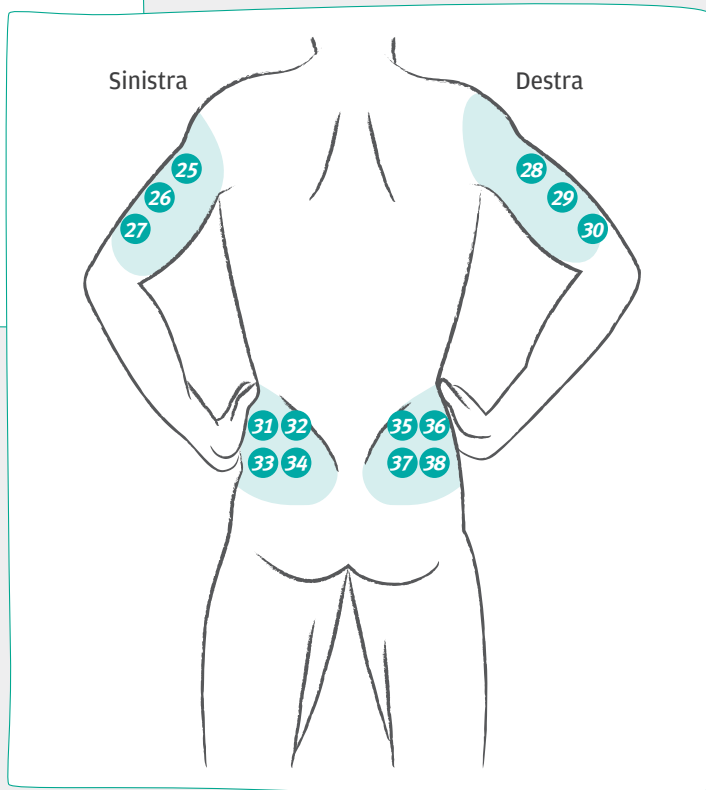
# DIARIO PER IL PAZIENTE

\_\_\_\_\_

MESE 3



← Sedi di iniezione  
▼



GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Medicamenti supplementari	Ora
.....	.....
.....	.....

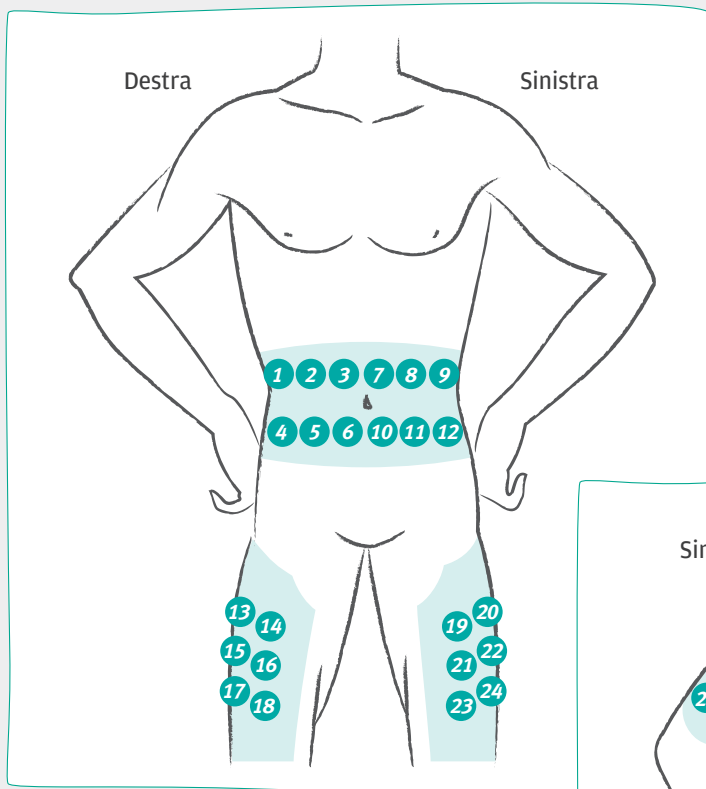
Cambiamenti dello stato generale, sintomi patologici, effetti collaterali	Ora
.....	.....
.....	.....

Visite mediche	Ora
.....	.....
.....	.....

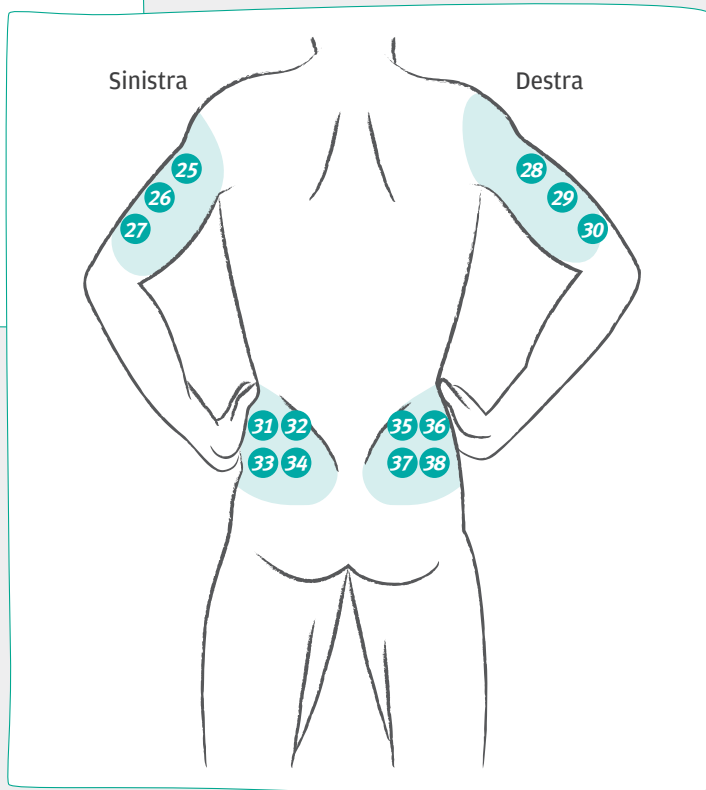


# DIARIO PER IL PAZIENTE

MESE 4



← Sedi di iniezione  
▼



GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Medicamenti supplementari	Ora
.....	.....
.....	.....

Cambiamenti dello stato generale, sintomi patologici, effetti collaterali	Ora
.....	.....
.....	.....

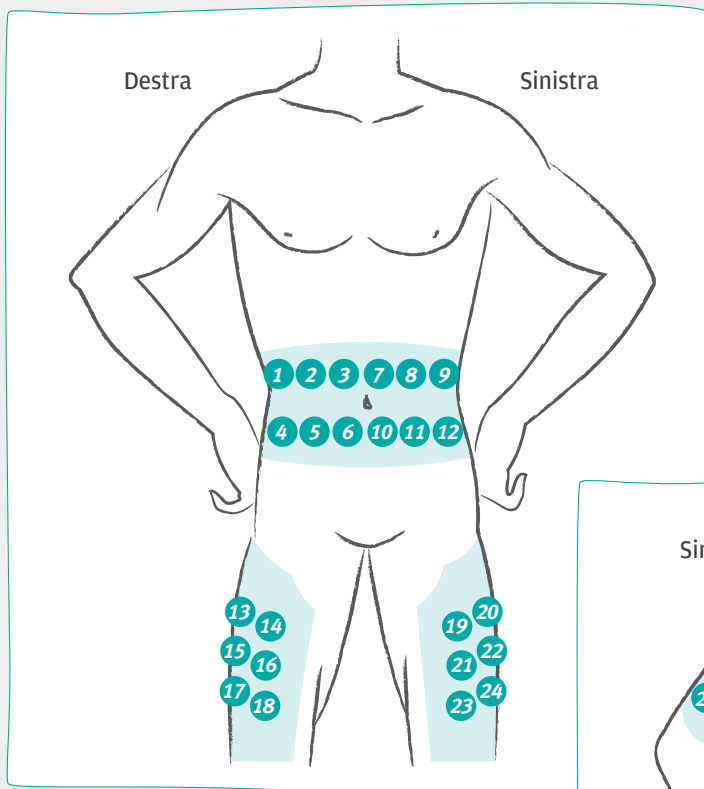
Visite mediche	Ora
.....	.....
.....	.....



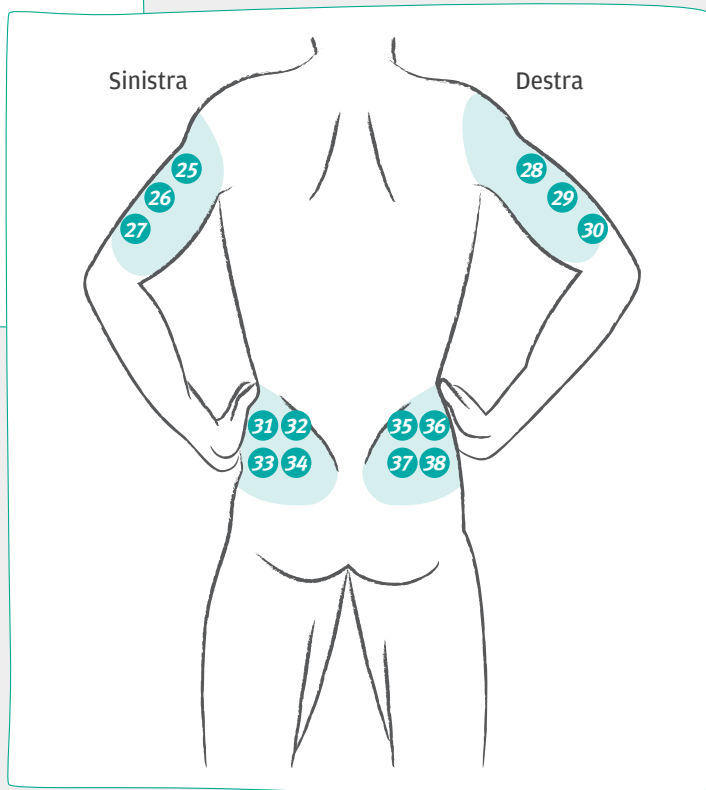
# DIARIO PER IL PAZIENTE

\_\_\_\_\_

MESE 5



◀ Sedi di iniezione  
▼





GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Medicamenti supplementari	Ora
.....	.....
.....	.....

Cambiamenti dello stato generale, sintomi patologici, effetti collaterali	Ora
.....	.....
.....	.....

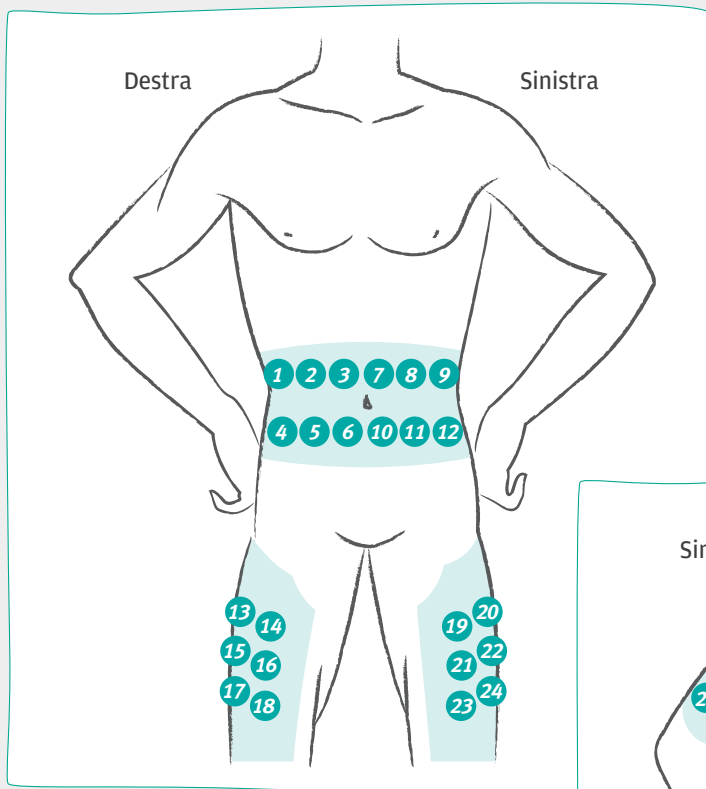
Visite mediche	Ora
.....	.....
.....	.....



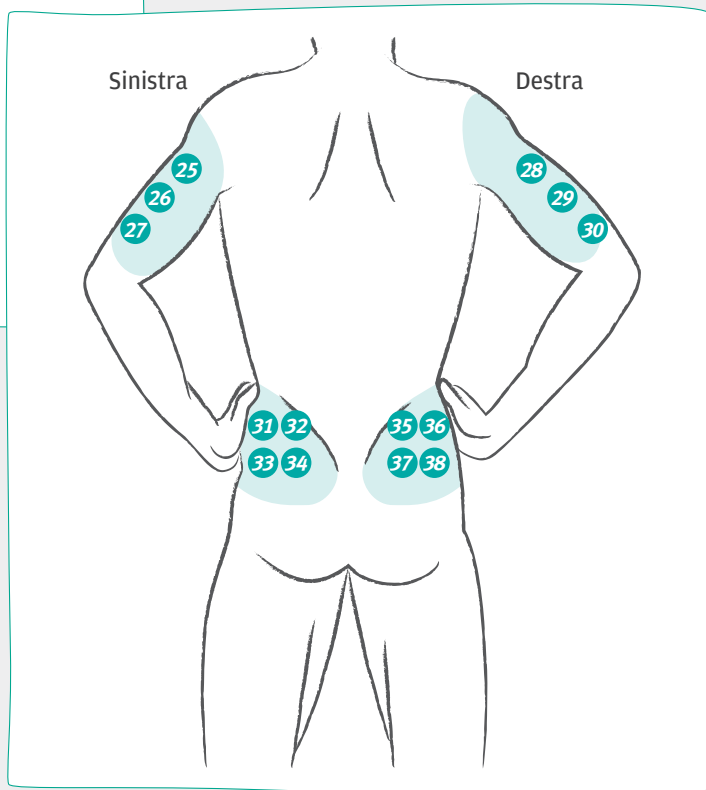
# DIARIO PER IL PAZIENTE

\_\_\_\_\_

MESE 6



← Sedi di iniezione  
▼



GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Medicamenti supplementari	Ora
.....	.....
.....	.....

Cambiamenti dello stato generale, sintomi patologici, effetti collaterali	Ora
.....	.....
.....	.....

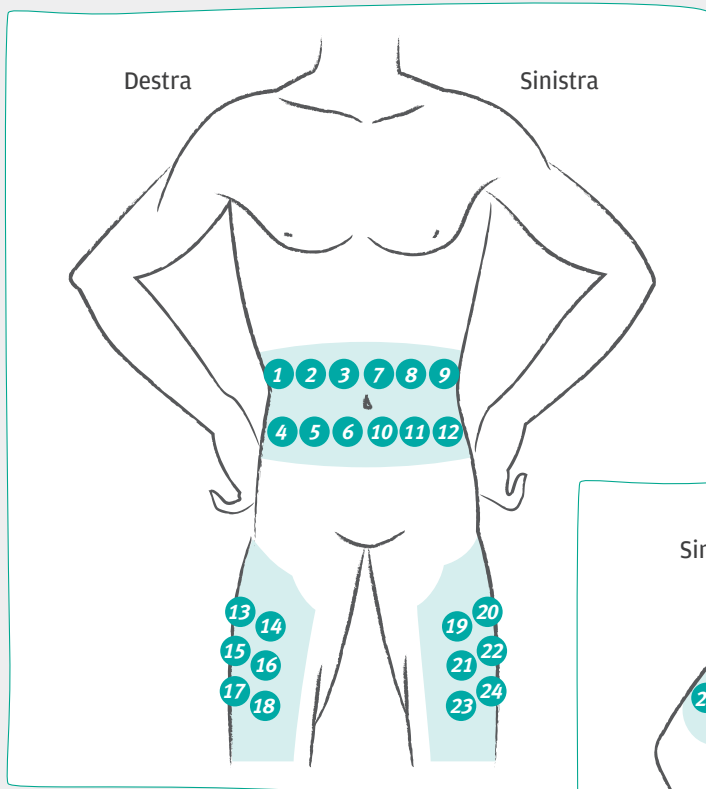
Visite mediche	Ora
.....	.....
.....	.....



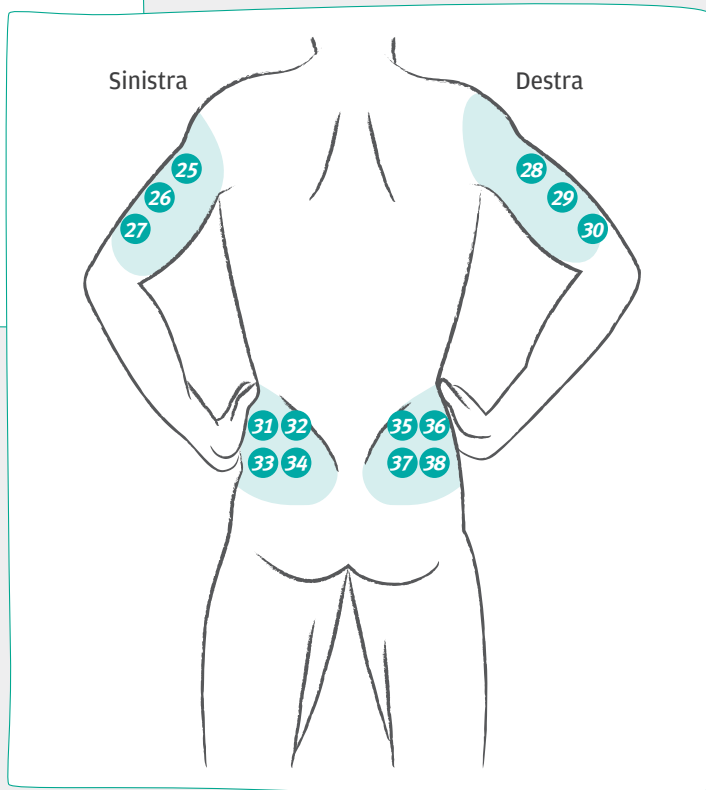
# DIARIO PER IL PAZIENTE

\_\_\_\_\_

MESE 7



← Sedi di iniezione  
▼



GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Medicamenti supplementari	Ora
.....	.....
.....	.....

Cambiamenti dello stato generale, sintomi patologici, effetti collaterali	Ora
.....	.....
.....	.....

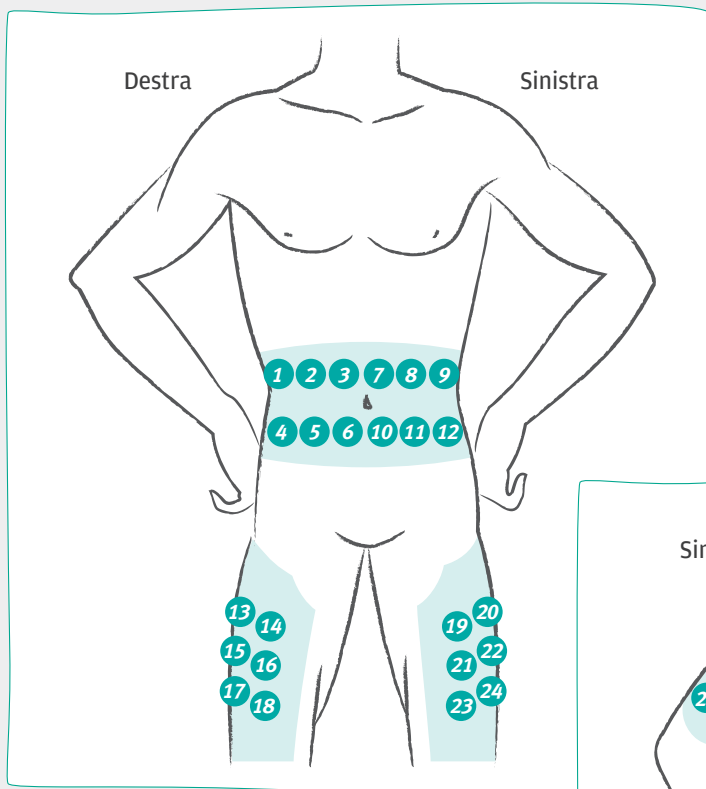
Visite mediche	Ora
.....	.....
.....	.....



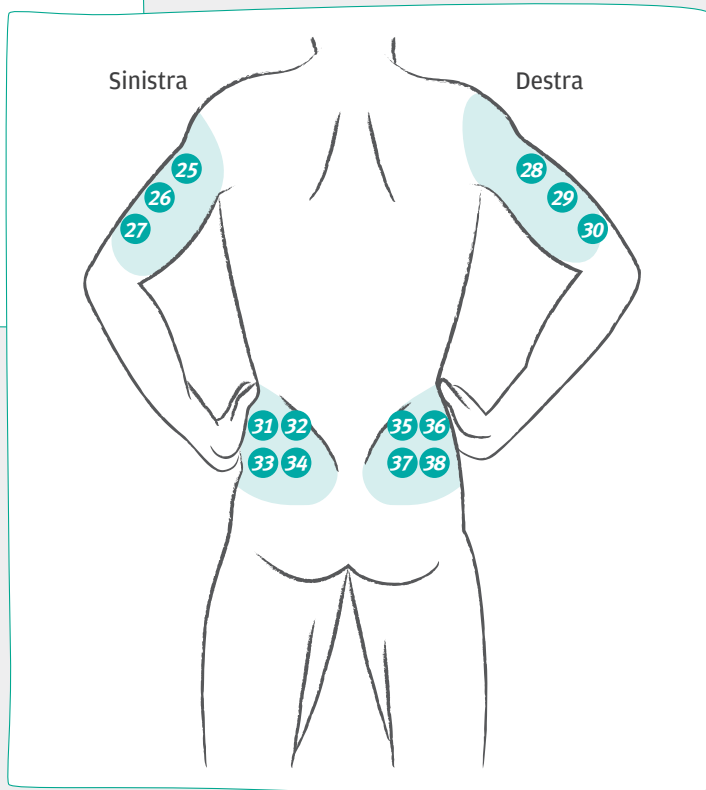
# DIARIO PER IL PAZIENTE

\_\_\_\_\_

MESE 8



← Sedi di iniezione  
▼



GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Medicamenti supplementari	Ora
.....	.....
.....	.....

Cambiamenti dello stato generale, sintomi patologici, effetti collaterali	Ora
.....	.....
.....	.....

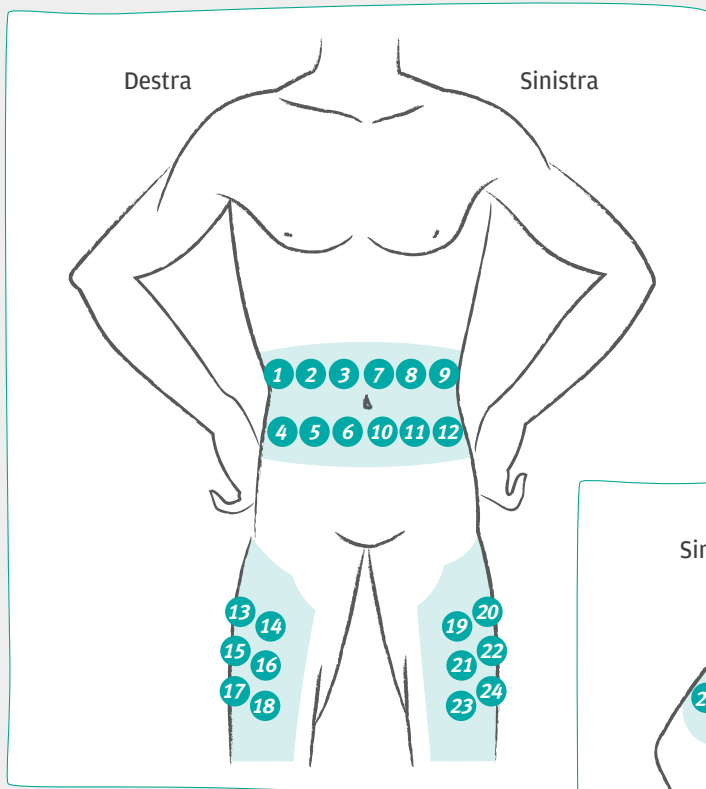
Visite mediche	Ora
.....	.....
.....	.....



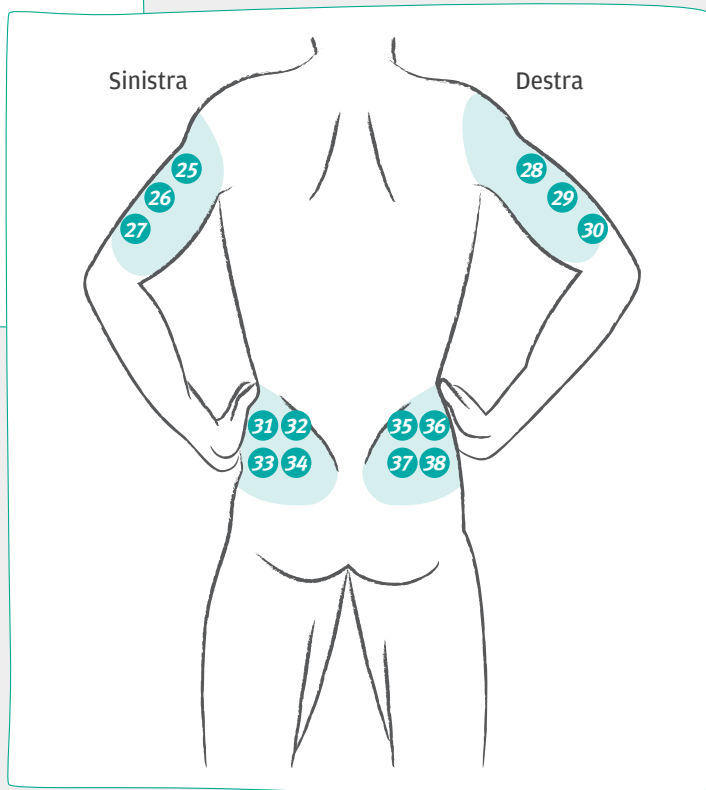
# DIARIO PER IL PAZIENTE

\_\_\_\_\_

MESE 9



← Sedi di iniezione  
▼





GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Medicamenti supplementari	Ora
.....	.....
.....	.....

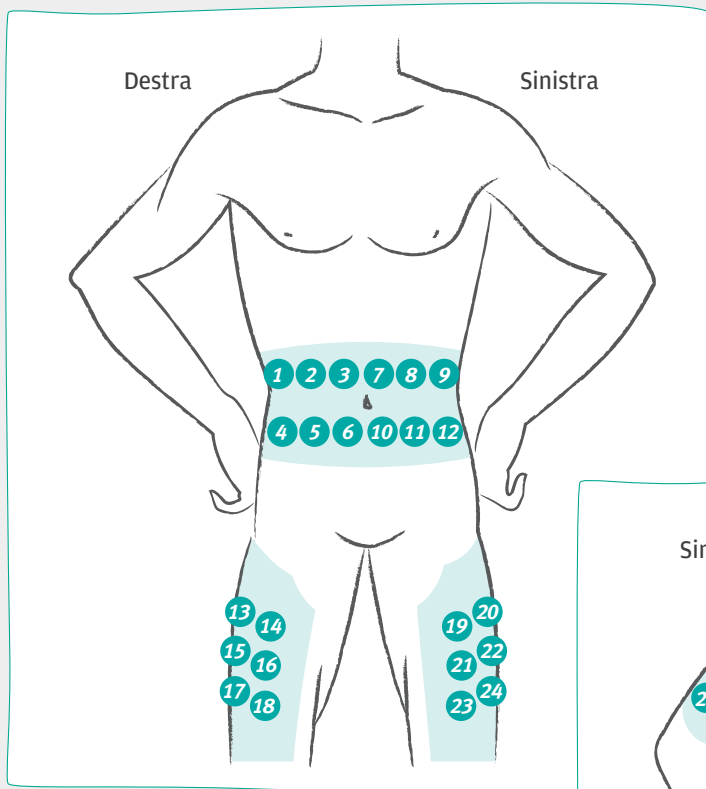
Cambiamenti dello stato generale, sintomi patologici, effetti collaterali	Ora
.....	.....
.....	.....

Visite mediche	Ora
.....	.....
.....	.....

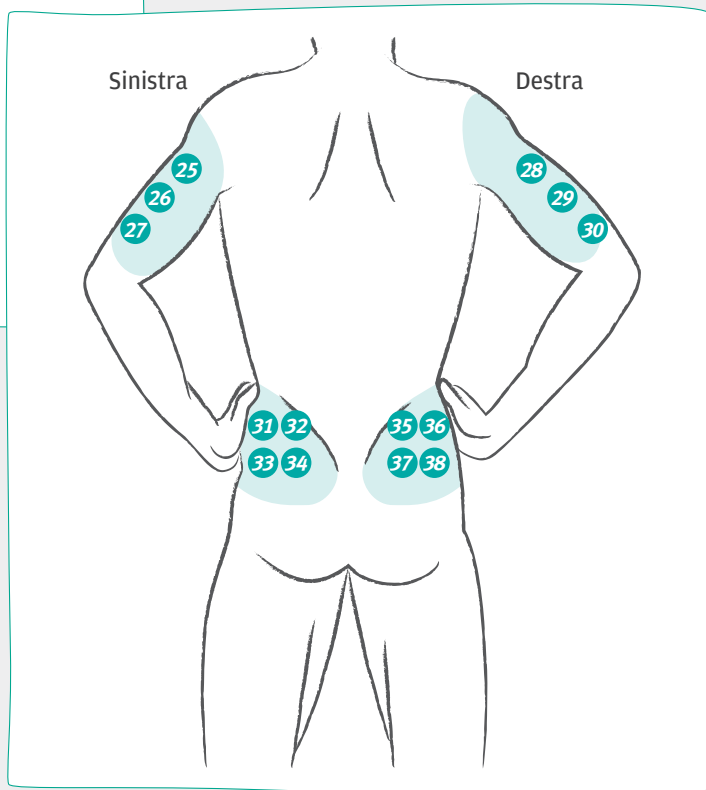


# DIARIO PER IL PAZIENTE

MESE 10



← Sedi di iniezione  
▼



GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Medicamenti supplementari	Ora
.....	.....
.....	.....

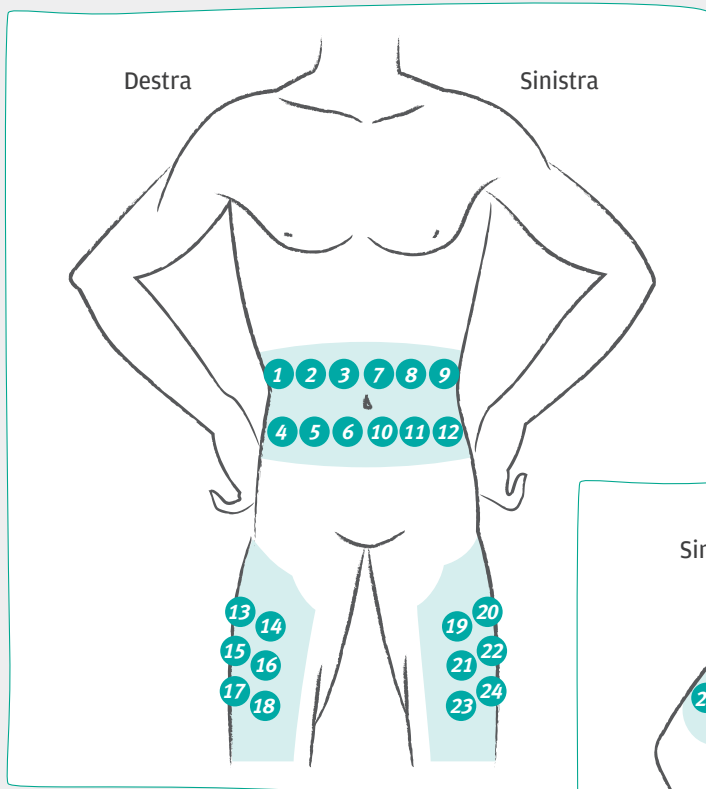
Cambiamenti dello stato generale, sintomi patologici, effetti collaterali	Ora
.....	.....
.....	.....

Visite mediche	Ora
.....	.....
.....	.....

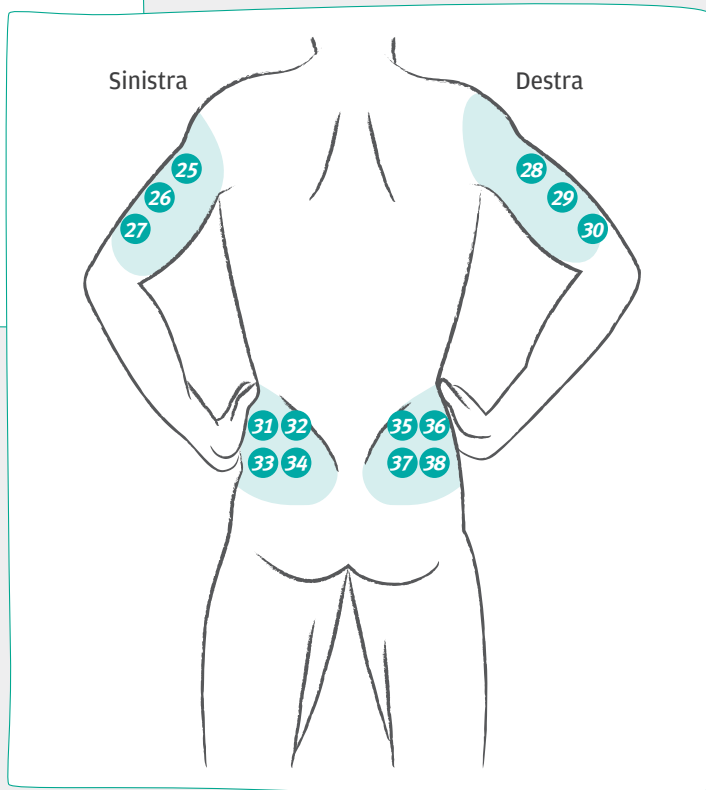


# DIARIO PER IL PAZIENTE

MESE 11



← Sedi di iniezione  
▼



GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Medicamenti supplementari	Ora
.....	.....
.....	.....

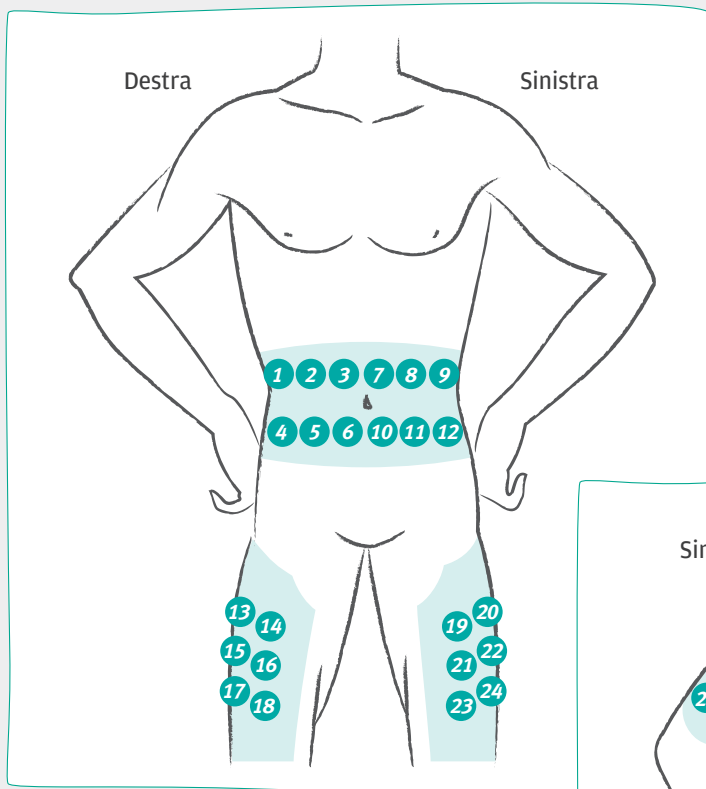
Cambiamenti dello stato generale, sintomi patologici, effetti collaterali	Ora
.....	.....
.....	.....

Visite mediche	Ora
.....	.....
.....	.....

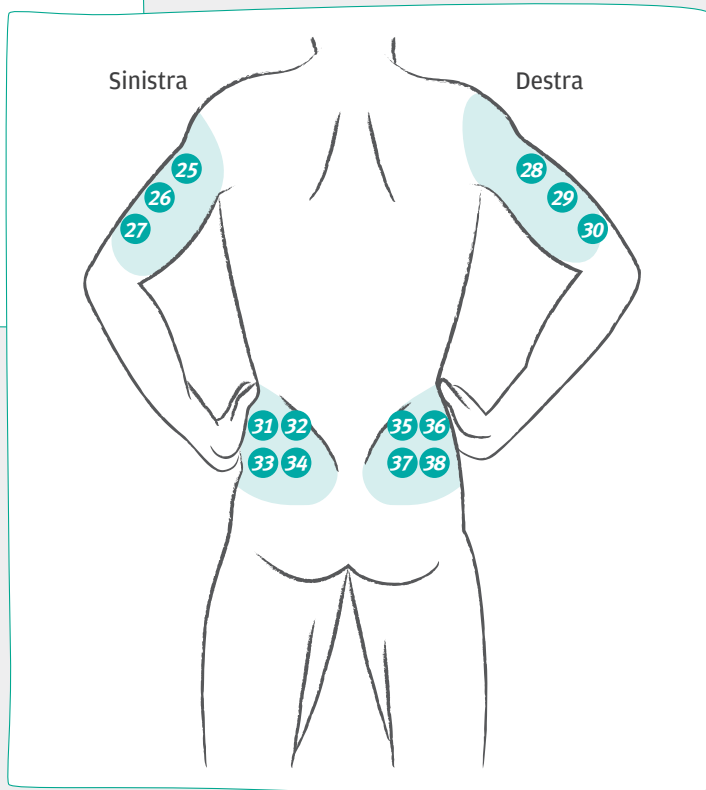


# DIARIO PER IL PAZIENTE

MESE 12



← Sedi di iniezione  
▼



GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

GIORNO	DATA	Numero sede di iniezione
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

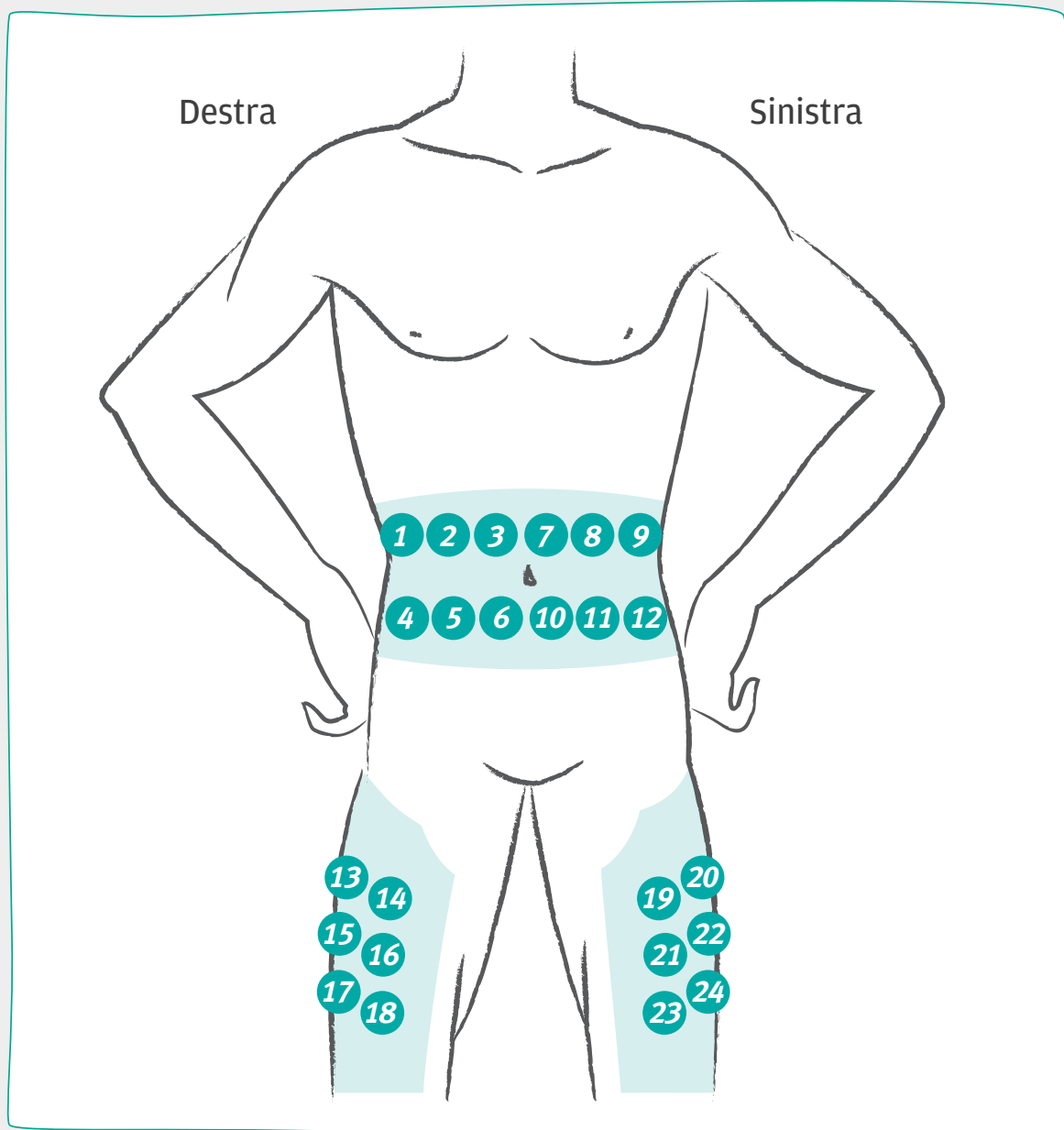
Medicamenti supplementari	Ora
.....	.....
.....	.....

Cambiamenti dello stato generale, sintomi patologici, effetti collaterali	Ora
.....	.....
.....	.....

Visite mediche	Ora
.....	.....
.....	.....



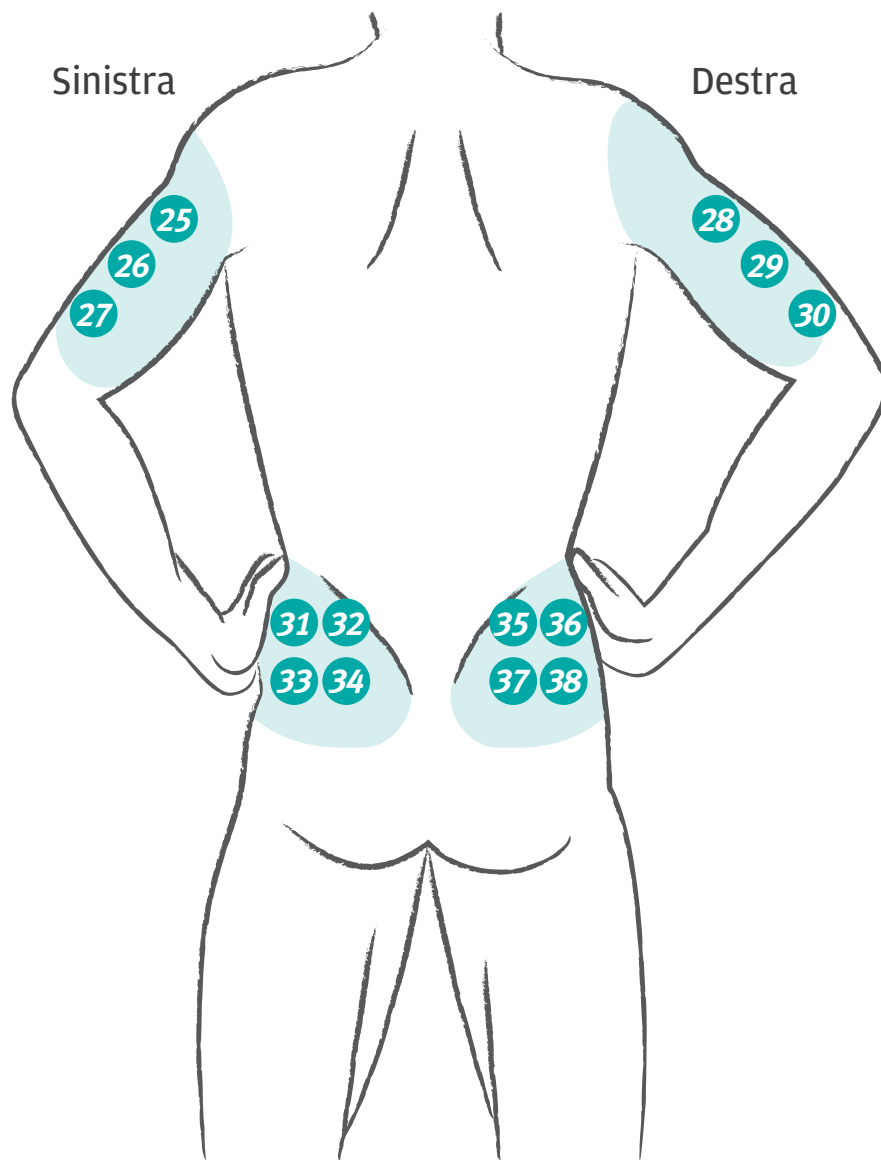
# DIARIO PER IL PAZIENTE





Sinistra

Destra



Note

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

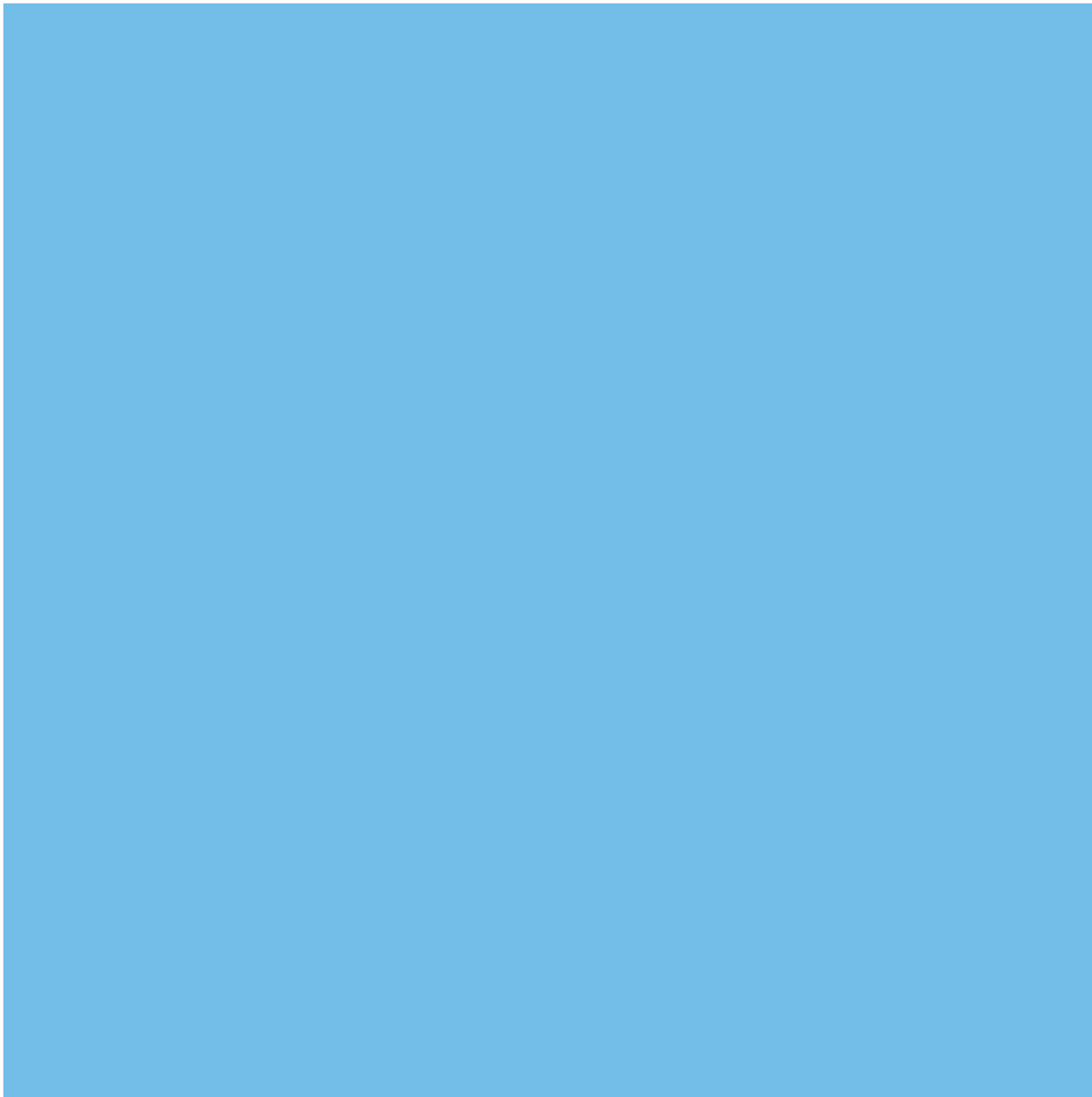
---

---

---

---





**teva**

Cod. I-DIAPZCOP40