Navn

Personnummer

År

Infeksjonsdagbok

Ta med til klinikken

CSL

Kontaktpersoner

Lege

Sykepleier

Førstehåndskontakt ved infeksjon

Diagnose/legemiddel

Diagnose

Gammaglobulinbehandling

Dose _____ g Doseintervall _____ antall/måned

Dose _____ ml Dose/infusjonssted _____ ml

Andre legemidler

Overfølsomhet overfor legemidler

Annet

Klinikkbesøk

Dato/kl.	Lege/sykepleier	Dato/kl.	Lege/sykepleier

Anmerkninger som man er blitt enige om ved besøket

Navn | Personnummer | År

Infeksjonsdagbok

Sett kryss i de ukene du har hatt et eller flere av disse symptomene.
Fyll også ut neste side dersom du har hatt noen infeksjoner som krevet antibiotikabehandling.

UKE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
SYKDOMS-FØLELSE																										
FEBER																										
ØREVERK																										
HALSVONDT																										
FORKJØLELSE																										
MAGEBESVÆR																										
TØRRHOSTE																										
SLIMHOSTE																										
HOSTE OM MORGENEN																										
Plass for evnt. andre symptomer																										

UKE	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
SYKDOMS-FØLELSE																										
FEBER																										
ØREVERK																										
HALSVONDT																										
FORKJØLELSE																										
MAGEBESVÆR																										
TØRRHOSTE																										
SLIMHOSTE																										
HOSTE OM MORGENEN																										
Plass for evnt. andre symptomer																										

Infeksjoner og antibiotikabehandling

Behandlingsindikasjon Type infeksjon	Preparat	Startdato	Antall behandlingsdager

Fravær fra arbeid/skole

Fra og til	Til og med	Fra og til	Til og med

Egne notater

Egne notater

Loggbok for gammaglobulinbehandling

Dato	Dose	Batchnr. (LOT)	Evnt. bivirkninger

Dato	Dose	Batchnr. (LOT)	Evnt. bivirkninger

Annet

Dato	Dose	Batchnr. (LOT)	Evnt. bivirkninger

Annet

Dato	Dose	Batchnr. (LOT)	Evnt. bivirkninger

Annet

Dato	Dose	Batchnr. (LOT)	Evnt. bivirkninger

Annet

Dato	Dose	Batchnr. (LOT)	Evnt. bivirkninger

Annet

Dato	Dose	Batchnr. (LOT)	Evnt. bivirkninger

Annet

Dato	Dose	Batchnr. (LOT)	Evnt. bivirkninger

Annet

Dato	Dose	Batchnr. (LOT)	Evnt. bivirkninger

Annet

Dato	Dose	Batchnr. (LOT)	Evnt. bivirkninger

Annet

Egne notater

Egne notater

NOR-HIZ-0074, feb 2026

Nordisk hovedkontor:
CSL Behring AB
Box 712
SE-182 17 Danderyd
Tel: +46 8 544 966 70
Mail: info@cslbehring.se
www.cslbehring.no