

Para que complete el personal del centro.

ID del sujeto: _____ Semana del estudio: _____



DIARIO DEL FÁRMACO DEL ESTUDIO PARA LA ADMINISTRACIÓN EN EL HOGAR

Debe devolver este diario del fármaco del estudio al centro del estudio cada vez que asista a una visita a la clínica.

Para que complete y firme la persona responsable de la administración del fármaco del estudio en el hogar (es decir, paciente, cuidador, profesional de la salud domiciliario calificado). Nota: Si está en Japón, debe administrarse la inyección usted mismo.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Información importante

Para obtener orientación de cómo administrar el fármaco del estudio, vea el folleto de *Instrucciones de uso* que le proporcionamos.

Fecha de administración: _____ (MM-DD-AAAA)

Números del kit del fármaco del estudio: _____

Hora a la que se retiraron los viales o las jeringas del refrigerador: _____ (HH:MM) a. m./p. m. (marque con un círculo una opción)

Inyección n.º 1

Hora a la que se preparó la jeringa n.º 1:

_____ a. m./p. m.
(HH:MM) (marque una opción con un círculo)

Hora a la que se administró la inyección n.º 1:

_____ a. m./p. m.
(HH:MM) (marque una opción con un círculo)

Área en la que se administró la inyección n.º 1:

- Muslo izquierdo Parte superior del brazo izquierdo*
- Muslo derecho Parte superior del brazo derecho*

Estómago (abdomen)

- Cuadrante 1 Cuadrante 2
- Cuadrante 3 Cuadrante 4

¿Se inyectó toda la dosis de 1.0 ml?

SÍ/NO (marque una opción con un círculo)

En caso de marcar NO, anote cuánto se inyectó (por ejemplo, la mitad) y explique por qué: _____

Inyección n.º 2

Hora a la que se preparó la jeringa n.º 2:

_____ a. m./p. m.
(HH:MM) (marque una opción con un círculo)

Hora a la que se administró la inyección n.º 2:

_____ a. m./p. m.
(HH:MM) (marque una opción con un círculo)

Área en la que se administró la inyección n.º 2:

- Muslo izquierdo Parte superior del brazo izquierdo*
- Muslo derecho Parte superior del brazo derecho*

Estómago (abdomen)

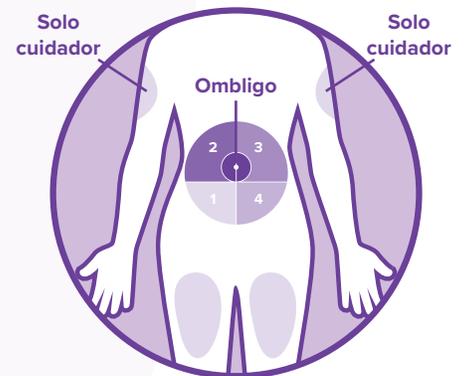
- Cuadrante 1 Cuadrante 2
- Cuadrante 3 Cuadrante 4

¿Se inyectó toda la dosis de 1.0 ml?

SÍ/NO (marque una opción con un círculo)

En caso de marcar NO, anote cuánto se inyectó (por ejemplo, la mitad) y explique por qué: _____

Lugares de inyección



*Solo cuidador. No intente inyectarse en el brazo usted mismo.

Siga las instrucciones que le proporcionaron sobre lo que debe hacer con los viales, las jeringas y las agujas del fármaco del estudio usados y sin usar.