



Zum den maximalen Nutzen aus den Wirkungen des Arzneimittels NERLYNX® (Neratinib) auf Ihre Gesundheit zu ziehen, dessen korrekten Anwendung zu gewährleisten und dessen unerwünschte Wirkungen einzuschränken, gibt es in diesem Material bestimmte Maßnahmen/ Vorsichtsmaßnahmen zu nehmen, die in diesem Material erläutert treffen (RMP Version 10/2023)

NERLYNX® 40mg, Filmtabletten (Neratinib)

BEHANDLUNGSTAGEBUCH DES PATIENTEN

Name:

Dieses Tagebuch ist Teil des Schulungsmaterials des Patienten über NERLYNX® (Neratinib) in Verbindung mit dem Behandlungsleitfaden für Patienten / Pflegepersonal.

Es wird Ihnen zur Verfügung gestellt, damit Sie es täglich von Beginn der Behandlung an abschließen können, um Ihnen bei der Behandlung von Durchfall zu helfen, den Sie möglicherweise präsentieren.

IHRE NÄCHSTEN TERMINE

Datum	Uhrzeit	Punkte, die ich mit meinem Behandlungsteam besprechen möchte (zum Beispiel, wenn Sie sich nicht wohl fühlen oder unerwünschte Wirkungen aufgetreten sind)

SO FÜHREN SIE DIESES TAGEBUCH

Vor Beginn der Behandlung

○ **Vor Beginn der Behandlung mit NERLYNX®, tragen Sie bitte ein:**

- Ihr Gewicht;
- die Anzahl Stuhlgänge jeden Tag und deren Beschaffenheit, wie unten abgebildet.

hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig
------	---------------------	----------------

- **Addieren Sie den Stuhlgang von jedem Tag, und teilen Sie die Zahl durch die Anzahl Tage, um Ihre “Anzahl Stuhlgänge pro Tag als Referenz” zu definieren. So können Sie und Ihr Arzt beurteilen, wie die Behandlung Ihren Stuhlgang verändert und ob Sie ein Durchfallmittel zu Ihrer Behandlung mit NERLYNX® einnehmen sollten oder ob die tägliche Dosis von NERLYNX® angepasst werden muss.**

Nach Beginn der Behandlung mit NERLYNX® (Neratinib)

1. Zu Beginn der Woche tragen Sie das Datum und Ihr Gewicht ein.
2. Tragen Sie Ihre NERLYNX® Dosis in die zweite Spalte der Tabelle ein, indem Sie jeden Tag die Anzahl Tabletten à 40 mg eintragen, die Sie eingenommen haben.
3. Wenn Ihnen der Arzt ein Durchfallmittel verschrieben hat, tragen Sie jeden Tag die Dosis ein, die Sie eingenommen haben.
4. Tragen Sie jeden Tag die Anzahl Stuhlgänge und deren Beschaffenheit ein: hart, normal (weich/fest) oder breiig/wässrig.
5. Addieren Sie jeden Tag die Gesamtzahl der Stuhlgänge und tragen Sie sie ebenfalls ein.

BEISPIEL: Vor Beginn der Behandlung

Geben Sie die durchschnittliche Anzahl der Stuhlgänge, die Sie jeden Tag in der Woche vor Beginn Ihrer Behandlung mit NERLYNX® hatten, entsprechend Ihrem Gedächtnis so genau wie möglich an.

Datum des Beginns der Woche: 31/10/2024 Gewicht: 68 kg

	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl Stuhlgänge/Tag
	hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Donnerstag 31/10/2024		XX		2
Freitag 01/11/2024		X		1
Samstag 02/11/2024				0
Sonntag 03/11/2024		X		1
Sonntag 04/11/2024	X			1
Dienstag 05/11/2024	X	X		2
Mittwoch 06/11/2024		X		1
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge pro Tag vor der Behandlung (Addieren Sie jede tägliche Gesamtsumme und teilen Sie sie durch die Anzahl Tage) = Anzahl Stuhlgänge pro Referenztag				1.14 (=8/7)

BEISPIEL: Woche 1

Datum des Beginns der Woche: 07/11/2024 Gewicht: 68 kg

	Tägliche Dosis von Nerlynx	Tägliche Dosis des Durchfallmittels	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl der Stuhlgänge/Tag
			hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Donnerstag 07/11/2024	240 mg	12 mg		X		1
Freitag 08/11/2024	240 mg	12 mg			XXX	3
Samstag 09/11/2024	240 mg	12 mg			XXX	3
Sonntag 10/11/2024	240 mg	12 mg			XXXX	4
Montag 11/11/2024	240 mg	12 mg			XXX	3
Dienstag 12/11/2024	240 mg	12 mg			XXXX	4
Mittwoch 13/11/2024	240 mg	12 mg			XXX	3
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge dieser Woche						3 (=21/7)

Vor Beginn der Behandlung

Geben Sie die durchschnittliche Anzahl der Stuhlgänge, die Sie jeden Tag in der Woche vor Beginn Ihrer Behandlung mit NERLYNX® hatten, entsprechend Ihrem Gedächtnis so genau wie möglich an.

Datum des Beginns der Woche: _____ Gewicht: _____

	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl Stuhlgänge/Tag
	hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Tag 1				
Tag 2				
Tag 3				
Tag 4				
Tag 5				
Tag 6				
Tag 7				
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge pro Tag vor der Behandlung (Addieren Sie jede tägliche Gesamtsumme und teilen Sie sie durch die Anzahl Tage) = Anzahl Stuhlgänge pro Referenztag				

Woche 1

Datum des Beginns der Woche: _____ Gewicht: _____

	Tägliche Dosis von Nerlynx	Tägliche Dosis des Durchfallmittels	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl der Stuhlgänge/Tag
			hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Tag 1						
Tag 2						
Tag 3						
Tag 4						
Tag 5						
Tag 6						
Tag 7						
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge dieser Woche						

Woche 2

Datum des Beginns der Woche: _____ Gewicht: _____

	Tägliche Dosis von Nerlynx	Tägliche Dosis des Durchfallmittels	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl der Stuhlgänge/Tag
			hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Tag 1						
Tag 2						
Tag 3						
Tag 4						
Tag 5						
Tag 6						
Tag 7						
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge dieser Woche						

Woche 3

Datum des Beginns der Woche: _____ Gewicht: _____

	Tägliche Dosis von Nerlynx	Tägliche Dosis des Durchfallmittels	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl der Stuhlgänge/Tag
			hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Tag 1						
Tag 2						
Tag 3						
Tag 4						
Tag 5						
Tag 6						
Tag 7						
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge dieser Woche						

Woche 4

Datum des Beginns der Woche: _____ Gewicht: _____

	Tägliche Dosis von Nerlynx	Tägliche Dosis des Durchfallmittels	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl der Stuhlgänge/Tag
			hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Tag 1						
Tag 2						
Tag 3						
Tag 4						
Tag 5						
Tag 6						
Tag 7						
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge dieser Woche						

Woche 5

Datum des Beginns der Woche: _____ Gewicht: _____

	Tägliche Dosis von Nerlynx	Tägliche Dosis des Durchfallmittels	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl der Stuhlgänge/Tag
			hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Tag 1						
Tag 2						
Tag 3						
Tag 4						
Tag 5						
Tag 6						
Tag 7						
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge dieser Woche						

Woche 6

Datum des Beginns der Woche: _____ Gewicht: _____

	Tägliche Dosis von Nerlynx	Tägliche Dosis des Durchfallmittels	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl der Stuhlgänge/Tag
			hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Tag 1						
Tag 2						
Tag 3						
Tag 4						
Tag 5						
Tag 6						
Tag 7						
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge dieser Woche						

Woche 7

Datum des Beginns der Woche: _____ Gewicht: _____

	Tägliche Dosis von Nerlynx	Tägliche Dosis des Durchfallmittels	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl der Stuhlgänge/Tag
			hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Tag 1						
Tag 2						
Tag 3						
Tag 4						
Tag 5						
Tag 6						
Tag 7						
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge dieser Woche						

Woche 8

Datum des Beginns der Woche: _____ Gewicht: _____

	Tägliche Dosis von Nerlynx	Tägliche Dosis des Durchfallmittels	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl der Stuhlgänge/Tag
			hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Tag 1						
Tag 2						
Tag 3						
Tag 4						
Tag 5						
Tag 6						
Tag 7						
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge dieser Woche						

Woche 9

Datum des Beginns der Woche: _____ Gewicht: _____

	Tägliche Dosis von Nerlynx	Tägliche Dosis des Durchfallmittels	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl der Stuhlgänge/Tag
			hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Tag 1						
Tag 2						
Tag 3						
Tag 4						
Tag 5						
Tag 6						
Tag 7						
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge dieser Woche						

Woche 10

Datum des Beginns
der Woche: _____

Gewicht: _____

	Tägliche Dosis von Nerlynx	Tägliche Dosis des Durchfallmittels	Anzahl und Konsistenz des Stuhls			Gesamtzahl der Stuhlgänge/Tag
			hart	normal (weich/fest)	breiig/wässrig	
Tag 1						
Tag 2						
Tag 3						
Tag 4						
Tag 5						
Tag 6						
Tag 7						
Durchschnittliche Anzahl Stuhlgänge dieser Woche						

WICHTIGE KONTAKTDATEN

Kontaktperson für Notfälle:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-mail: _____

Ihr Pflegeteam

Arzt: _____

Sekretariat: _____

Pflegepersonal: _____

Apotheker: _____

Anschrift der
Klinik: _____

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Packungsbeilage, die der Packung des Arzneimittels beiliegt.

Meldung bei Verdacht auf unerwünschte Wirkungen

Wenn Sie irgendeine unerwünschte Wirkung bemerken, wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker. Dies gilt auch für unerwünschte Wirkungen, die nicht in dieser Packungsbeilage angegeben sind. Sie können unerwünschte Wirkungen auch direkt über das nationale Meldesystem anzeigen:

Für Belgien:

Föderale Agentur für Arzneimittel
und Gesundheitsprodukte

Abteilung Vigilanz

Avenue Galilée 5/03
1210 Bruxelles

Boîte Postale 97
B-1000 Brüssel Madou

Site internet: www.notifieruneffetindesirable.be
E-mail: adr@afmps.be

Für Luxemburg:

Wir erinnern Sie daran, dass jede Nebenwirkung gemeldet werden muss an:
Regionales Pharmakovigilanzzentrum von Nancy oder
Abteilung für Pharmazie und Arzneimittel der
Gesundheitsdirektion
Webseite: www.guichet.lu/pharmacovigilance

Indem Sie unerwünschte Wirkungen melden, tragen Sie dazu bei, dass mehr Informationen über die Sicherheit des Arzneimittels zur Verfügung gestellt werden.