

DKA Management Plan

Bevor Sie mit der Einnahme von Forxiga 5 mg Filmtabletten beginnen, müssen Sie an einer Patientenschulung mit ihrem Arzt oder dem medizinischem Fachpersonal teilnehmen.

Dazu gehört eine Einweisung in die Ketonkörpermessung, eine Schulung, wie eine DKA zu erkennen ist und das schriftliche Festhalten eines Planes, was in Risikosituationen oder im Falle von DKA Anzeichen zu tun ist.

1) Alltag

Ich muss Ketonkörper messen:

Wie:

Wann und wie oft?

2) Risikosituationen sind für mich:

- a) Krankheit oder Infektion
- b) Fasten, Ernährung mit wenig Kohlenhydraten/ketogene Ernährung
- c) Plötzliche Reduktion der Insulindosis (ausgelassene Dosis / Probleme mit Pen oder Pumpe)
- d) Körperliche Betätigung
- e) Alkoholkonsum
- f) Operation
- g) Flüssigkeitsverlust (Dehydratation)
- h) Weitere: _____

3) Maßnahmen für Risikosituationen

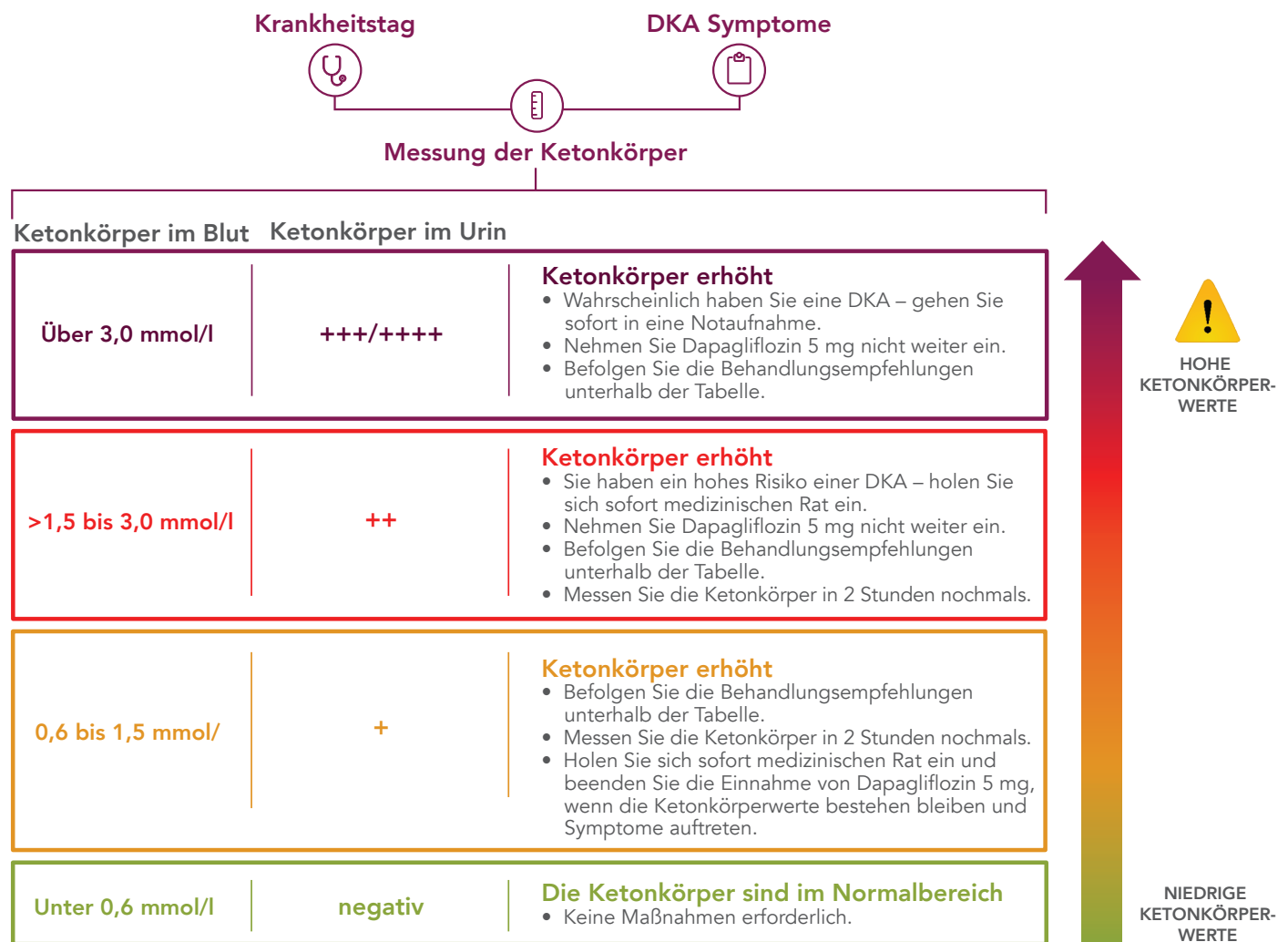
In Situation (z.B. a,b,c,)

muss ich (z.B. Ketonkörper messen, etwas trinken, Kohlenhydrate zu mir nehmen, einen Arzt aufsuchen)

4) Ich muss sofort Dapagliflozin absetzen und einen Arzt kontaktieren oder ins Krankenhaus, wenn:

Allgemeine Anleitung zur Überwachung der Ketonkörper

- Im unten abgebildeten Diagramm finden Sie einige generelle Regeln zur Überwachung von Ketonkörpern (im Urin oder Blut).
- Eine individuelle Anleitung speziell für Sie wird jedoch von Ihrem Arzt oder dem medizinischen Fachpersonal im Schulungsplan niedergeschrieben und in Ihrem Ketonmeter vermerkt – Ihre individuelle Anleitung kann sich von dieser allgemeinen Anleitung unterscheiden.
- **Folgen Sie immer Ihrer individuellen Anleitung Ihres Arztes oder des medizinischen Fachpersonals und den Messwerten auf Ihrem Ketonmeter.**



Behandlungsempfehlungen für jede Form von erhöhten Ketonkörperwerten (oder Anweisungen Ihres betreuenden Arztes)

- Es könnte sein, dass Sie zusätzliches Insulin spritzen und Wasser trinken müssen.
- Überprüfen Sie Ihren Blutzuckerspiegel – Sie müssen zusätzliche Kohlenhydrate zu sich nehmen, wenn Ihr Blutzuckerspiegel normal oder niedrig ist.

Name des Arztes: _____ Unterschrift des Arztes: _____ Datum: _____

Name des Patienten: _____ Unterschrift des Patienten: _____ Datum: _____