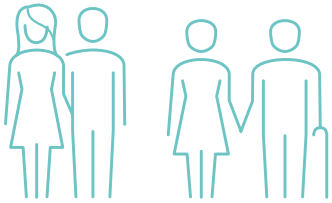


COPD-PROTOKOLL

FÜR EINE BESSERE KONTROLLE IHRER COPD

ORION PHARMA

So füllen Sie das COPD-Protokoll richtig aus.

- Obere Spalte: Datum und Uhrzeit der jeweiligen Messung
  - ➟ Wir empfehlen, möglichst 2-mal täglich zur gleichen Uhrzeit zu messen (zu jedem Messzeitpunkt möglichst 3 Messungen vornehmen und jeweils den höchsten Messwert eintragen)
  - ➟ Bei starken Beschwerden und Atemnot sollten Sie unbedingt eine zusätzliche Messung durchführen
- Peak-Flow-Werte: Kreuzen Sie den gemessenen Wert möglichst genau innerhalb des zutreffenden Kästchens an
- COPD-Symptome: Kreuzen Sie bei jeder Messung auch die Stärke Ihrer Symptome an

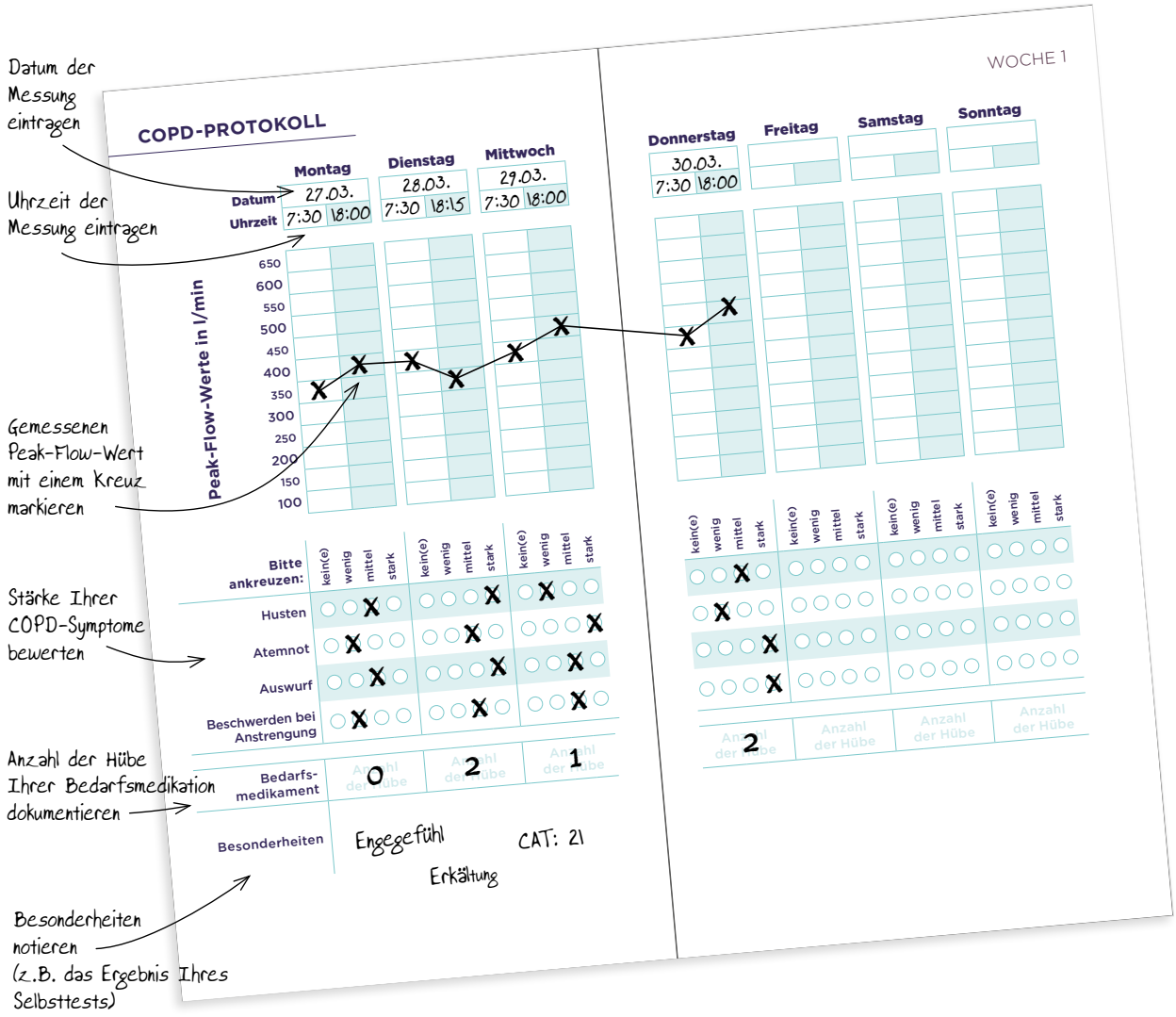
Am Ende der Woche verbinden Sie die Kreuze miteinander. Notieren Sie bitte zusätzlich das Ergebnis Ihres Selbsttests (CAT™) unter Besonderheiten.

BEISPIELDARSTELLUNG

Persönlicher Peak-Flow-Bestwert

Auf Basis Ihres Peak-Flow-Bestwerts können Sie Ihre täglichen Messwerte mit Hilfe des Ampel-Schemas interpretieren. Der Bestwert lässt sich nur unter optimaler medikamentöser Therapie und in einer stabilen Krankheitsphase eindeutig bestimmen.

Messen Sie in einer derartigen Krankheitsphase 14 Tage lang 3-mal täglich Ihre Peak-Flow-Werte und notieren Sie diese. Ihr Bestwert entspricht dem höchsten Wert all Ihrer Messungen in diesen 14 Tagen.



COPD-PROTOKOLL

WOCHE ___

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :
Peak-Flow-Werte in l/min 650							
600							
550							
500							
450							
400							
350							
300							
250							
200							
150							
100							

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Atemnot	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Auswurf	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Beschwerden bei Anstrengung	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe
Besonderheiten							

WOCHE ___

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :
Peak-Flow-Werte in l/min 650							
600							
550							
500							
450							
400							
350							
300							
250							
200							
150							
100							

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Atemnot	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Auswurf	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Beschwerden bei Anstrengung	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe
Besonderheiten							

COPD-PROTOKOLL

WOCHE ___

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :
Peak-Flow-Werte in l/min 650							
600							
550							
500							
450							
400							
350							
300							
250							
200							
150							
100							

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Atemnot	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Auswurf	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Beschwerden bei Anstrengung	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe
Besonderheiten							

WOCHE ___

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :
Peak-Flow-Werte in l/min 650							
600							
550							
500							
450							
400							
350							
300							
250							
200							
150							
100							

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Atemnot	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Auswurf	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Beschwerden bei Anstrengung	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe
Besonderheiten							

COPD-PROTOKOLL

WOCHE ___

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :
Peak-Flow-Werte in l/min 650							
600							
550							
500							
450							
400							
350							
300							
250							
200							
150							
100							

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Atemnot	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Auswurf	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Beschwerden bei Anstrengung	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe
Besonderheiten							

WOCHE ___

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :
Peak-Flow-Werte in l/min 650							
600							
550							
500							
450							
400							
350							
300							
250							
200							
150							
100							

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Atemnot	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Auswurf	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Beschwerden bei Anstrengung	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe
Besonderheiten							

COPD-PROTOKOLL

WOCHE ___

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :
Peak-Flow-Werte in l/min 650							
600							
550							
500							
450							
400							
350							
300							
250							
200							
150							
100							

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Atemnot	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Auswurf	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Beschwerden bei Anstrengung	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe
Besonderheiten							

WOCHE ___

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Uhrzeit	: :	: :	: :	: :	: :	: :	: :
Peak-Flow-Werte in l/min 650							
600							
550							
500							
450							
400							
350							
300							
250							
200							
150							
100							

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Atemnot	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Auswurf	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Beschwerden bei Anstrengung	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Bedarfsmedikament	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe	Anzahl der Hübe
Besonderheiten							