nasal fentanyl SPRAY

INSTANYL®

# 200 mikrogram/dos nässpray

**DOSKORT** | **Antalet doser** ☐ 10 | ☐ 20 | ☐ 40

| **Dos**<br>Datum och tid | **Ytterligare dos**<br>(Ja eller nej och tid) | **Doser per episod** | **Doser kvar** |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# HÅLL REDA PÅ HUR MÅNGA DOSER DU TAR

*Genom att bokföra din Instanylanvändning kommer du att enkelt hålla reda på hur många doser du har använt och hur många du har kvar i din nässpray. Eftersom Instanyl finns i tre dosstyrkor, så finns det tre färgkodade kort, ett för varje dosstyrka (50 mikrogram/dos, 100 mikrogram/dos och 200 mikrogram/dos). Innan du börjar bokföra din Instanylanvändning, välj det kort som gäller för den dos du har blivit förskriven och markera relevant förpackningsstorlek (10 doser, 20 doser eller 40 doser). Varje gång du använder Instanyl nässpray, se till att du eller din vårdare fyller i den efterfrågade informationen på det sätt som visas i exemplet. Kontakta din läkare i god tid innan förskrivna medicindoser tar slut så att inget avbrott i behandlingen uppstår.*

**1** *Använd det doskort som motsvarar den styrka av Instanyl som du har blivit förskriven (50 mikrogram/dos, 100 mikrogram/dos eller 200 mikrogram/dos).*

**2** *Kryssa för det antalet doser du har blivit förskriven av läkare (10, 20 eller 40).*

nasal fentanyl SPRAY INSTANYL®

**200 mikrogram/dos nässpray**

DOSKORT — Antalet doser ☐ 10 ☐ 20 ☐ 40

| Dos<br>Datum och tid | Ytterligare dos<br>(Ja eller Nej och tid) | Doser per episod | Doser kvar |
|---|---|---|---|
| 16 Februari – 10:00 | Ja - 10:15 | 2 | 38 |
| 16 Februari – 13:00 | Nej | 1 | 37 |
| 17 Februari – 10:30 | Nej | 1 | 36 |
| 18 Februari – 10:00 | Nej | 1 | 35 |
| 20 Februari – 09:00 | Nej | 1 | 34 |
| 20 Februari – 12:00 | Nej | 1 | 33 |
| 20 Februari – 14:00 | Ja - 14:10 | 2 | 31 |
| 22 Februari – 09:10 | Nej | 1 | 30 |
| 22 Februari – 11:10 | Nej | 1 | 29 |

**3** *Skriv i denna kolumn datum och tid när du använde Instanyl för en episod med genombrottssmärta.*

**4** *Tog du ytterligare en dos? Fyll i denna kolumn i Ja eller Nej samt tiden för tilläggsdosen.*

**5** *Fyll i denna kolumn i det totala antalet doser som du använde för att behandla denna episod med genombrottssmärta.*

**6** *För att hålla reda på antalet doser som du har kvar, dra ifrån antalet doser per episod från raden ovan.*

5

**7** *Kontakta din läkare i god tid innan förskrivna medicindoser tar slut så att inget avbrott i behandlingen uppstår.*

*exempel*

nasal fentanyl SPRAY INSTANYL®