

Hallo,



dieses Tagebuch soll dein neuer Begleiter werden. Es wird dich dabei unterstützen, gut mit deinem Asthma zu leben. Denn dein Arzt muss wissen, ob deine Behandlung funktioniert. Deshalb ist es wichtig regelmäßig aufzuschreiben, wie es dir geht.

Trage deine Peak-Flow-Werte und Asthma-Beschwerden jeden Tag in dieses Heft ein. Wie du dabei am besten vorgehst, erfahren du und deine Eltern auf den nächsten Seiten.

Am Ende des Heftes können du und deine Eltern deine Peak-Flow-Werte wie eine Ampel bewerten. Bei schlechten Werten könnt ihr schnell reagieren und den Notfallplan durchführen, den ihr mit deinem Arzt besprochen habt.

Am besten bringst du dein Tagebuch zu jedem Arzttermin mit, damit dein Arzt weiß, wie es dir in der letzten Zeit ging.

Keine Sorge, das Ausfüllen ist ganz einfach!

Wir wünschen dir viel Erfolg.

Dein Praxis-Team



Dein Asthma-Tagebuch wurde dir überreicht durch:

Betreuender Arzt/Stempel



DIESES ASTHMA- TAGEBUCH GEHÖRT



Unverträglichkeiten & Allergien/Asthma-Auslöser

Blank area for recording intolerances and allergens/asthma triggers.

Dauermedikamente

Blank area for recording long-term medications.

Notfallmedikamente

Blank area for recording emergency medications.

Peak-Flow-Normalwert (l/min)

Blank area for recording the normal peak flow value in l/min.

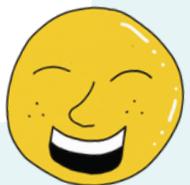
Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Eltern/Erziehungsberechtigte (Vorname, Name, Telefon)

Behandelnder Arzt (Vorname, Name, Telefon)



So nutzt du dein Asthma-Tagebuch

Messe deinen Peak-Flow-Wert sowohl morgens nach dem Aufstehen und abends, bevor du ins Bett gehst. Diese Werte trägst du direkt in dein Tagebuch ein. Außerdem solltest du täglich eintragen, ob und welche Beschwerden du durch das Asthma hattest. Schreibe außerdem auf, welche Medikamente du genommen hast und ob es weitere besondere Situationen gab. Fülle dein Tagebuch jeden Tag aus.

Wie du die einzelnen Punkte ausfüllst, kannst du in dem Beispiel auf der nächsten Seite sehen. Dort ist das Ausfüllen auch genau erklärt.

Wie geht es dir nach 4 Wochen?

Außerdem kannst du alle 4 Wochen in einem kurzen Fragebogen angeben, wie deine letzten 4 Wochen waren.

Hier kannst du auch eintragen, ob du in dieser Zeit wegen eines Asthma-Anfalls ins Krankenhaus musstest oder du wegen deines Asthmas nicht zur Schule gehen konntest.

So funktioniert dein Peak-Flow-Meter

Das Peak-Flow-Meter ist ein einfaches Messgerät, mit dem du selbstständig die Lungenfunktion überprüfen kannst.

Lass dir den Gebrauch beim ersten Mal in deiner Arztpraxis zeigen.



Hier wird dir nochmal erklärt, wie du es richtig benutzt:

1. Schiebe den Zeiger des Gerätes bis zum Anschlag nach unten
2. Atme tief ein
3. Umschließe das Mundstück fest mit deinen Lippen
4. Puste so kräftig wie möglich in einem Atemstoß in das Peak-Flow-Meter hinein

Wiederhole den Messvorgang 2- bis 3-mal und trage den besten Wert in das Tagebuch ein.

Messe deine Peak-Flow-Werte regelmäßig morgens und abends, möglichst zur gleichen Zeit.

SO FÜLLST DU DEINE WOCHEN AUS



Wie geht es dir?

Sticker bitte hier einkleben

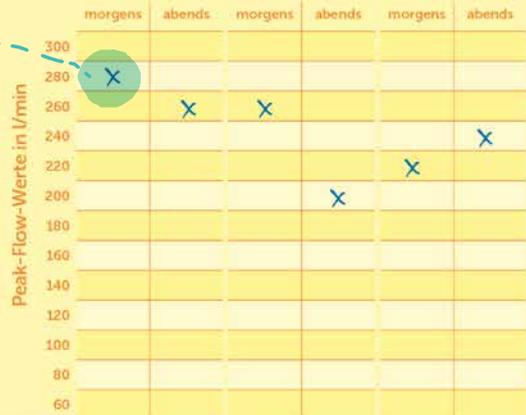
Alle 4 Wochen klebst du hier einen Sticker auf. Diese findest du in der Mitte von deinem Tagebuch.

Hier trägst du das Datum ein.

HERZLICH WILLKOMMEN IN WOCHE 1

Wochentage	Montag	Dienstag	Mittwoch
Datum	08.06.	09.06.	10.06.

Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
11.06.	12.06.	13.06.	14.06.



Morgens und abends musst du deinen Peak-Flow-Wert messen und das entsprechende Feld ankreuzen.

Hat dich dein Asthma beim Spielen oder Sport gehindert?

Bist du nachts aufgewacht? Oder hast du dein Notfallspray gebraucht? Dann markiere es hier.

Hier trägst du deinen Spritzentermin ein.

Husten (0-3)*	0	2	2
Atemnot (0-3)*	0	2	1
Erwachen nachts	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Notfallspray	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Besonderheiten		Bei Lenny bekam ich keine Luft mehr	Krank zu Hause
Spritzentermin			12:30 Uhr

Wenn du Hustenanfälle oder Atemnot hast, trage das bitte ein.

Konnte wieder zur Schule

Immer, wenn etwas Besonderes passiert, schreib es bitte hier in das Feld.

*0 = keinsel 1 = gering 2 = mittelmäßig 3 = stark

Weiter geht's in Woche 2



Wochentage **Montag** **Dienstag** **Mittwoch**

Datum

Peak-Flow-Werte in l/min	Montag		Dienstag		Mittwoch	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300						
280						
260						
240						
220						
200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						



Husten (0–3)*

Atemnot (0–3)*

Erwachen nachts ja nein ja nein ja nein

Notfallspray ja nein ja nein ja nein

Besonderheiten

Spritzentermin

Donnerstag **Freitag** **Samstag** **Sonntag**

Datum

Peak-Flow-Werte in l/min	Freitag		Samstag		Sonntag	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300						
280						
260						
240						
220						
200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						

Husten (0–3)*

Atemnot (0–3)*

Erwachen nachts ja nein ja nein ja nein ja nein

Notfallspray ja nein ja nein ja nein ja nein

Besonderheiten

Spritzentermin

* 0 = kein(e) 1 = gering 2 = mittelmäßig 3 = stark





WIE WAREN DEINE LETZTEN 4 WOCHEN?

Hast du dich in den letzten 4 Wochen gut gefühlt?

ja nein

Bist du nachts wegen deines Asthmas aufgewacht?

ja nein

Musstest du wegen deines Asthmas husten?

ja nein

Hast du wegen deines Asthmas unter Atemnot gelitten?

ja nein

Hat dich dein Asthma beim Spielen oder Sport gehindert?

ja nein

Hast du dein Notfallspray gebraucht?

ja nein



Wie geht es dir?



Wie oft musstest du wegen eines Asthma-Anfalls innerhalb der letzten 4 Wochen ins Krankenhaus?

Wie viele Tage hast du wegen deines Asthmas innerhalb der letzten 4 Wochen in der Schule gefehlt?

JUHUUU, ES IST WOCHE 5



Wochentage	Montag	Dienstag	Mittwoch
------------	--------	----------	----------

Datum			
-------	--	--	--

Peak-Flow-Werte in l/min	Montag		Dienstag		Mittwoch	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300						
280						
260						
240						
220						
200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						



Husten (0–3)*			
---------------	--	--	--

Atemnot (0–3)*			
----------------	--	--	--

Erwachen nachts	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
-----------------	---	---	---

Notfallspray	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--------------	---	---	---

Besonderheiten			
----------------	--	--	--

Spritzentermin			
----------------	--	--	--

Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
------------	---------	---------	---------

Datum				
-------	--	--	--	--

Peak-Flow-Werte in l/min	Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300								
280								
260								
240								
220								
200								
180								
160								
140								
120								
100								
80								
60								

Husten (0–3)*				
---------------	--	--	--	--

Atemnot (0–3)*				
----------------	--	--	--	--

Erwachen nachts	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
-----------------	---	---	---	---

Notfallspray	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
--------------	---	---	---	---

Besonderheiten				
----------------	--	--	--	--

Spritzentermin				
----------------	--	--	--	--

* 0 = kein(e) 1 = gering 2 = mittelmäßig 3 = stark



Du hast es fast geschafft, Woche 6



Wochentage **Montag** **Dienstag** **Mittwoch**

Datum

Peak-Flow-Werte in l/min	Montag		Dienstag		Mittwoch	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300						
280						
260						
240						
220						
200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						



Husten (0–3)*

Atemnot (0–3)*

Erwachen nachts ja nein ja nein ja nein

Notfallspray ja nein ja nein ja nein

Besonderheiten

Spritzentermin

Donnerstag **Freitag** **Samstag** **Sonntag**

Datum

Peak-Flow-Werte in l/min	Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300								
280								
260								
240								
220								
200								
180								
160								
140								
120								
100								
80								
60								

Husten (0–3)*

Atemnot (0–3)*

Erwachen nachts ja nein ja nein ja nein ja nein

Notfallspray ja nein ja nein ja nein ja nein

Besonderheiten

Spritzentermin

* 0 = kein(e) 1 = gering 2 = mittelmäßig 3 = stark



GROSSER ENDSPURT IN WOCHE 8



Wochentage	Montag	Dienstag	Mittwoch			
Datum						
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
Peak-Flow-Werte in l/min	300					
	280					
	260					
	240					
	220					
	200					
	180					
	160					
	140					
	120					
	100					
80						
60						
Husten (0–3)*						
Atemnot (0–3)*						
Erwachen nachts	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Notfallspray	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Besonderheiten						
Spritzetermin						



* 0 = kein(e) 1 = gering 2 = mittelmäßig 3 = stark

Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag			
Datum						
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
Peak-Flow-Werte in l/min	300					
	280					
	260					
	240					
	220					
	200					
	180					
	160					
	140					
	120					
	100					
80						
60						
Husten (0–3)*						
Atemnot (0–3)*						
Erwachen nachts	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Notfallspray	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Besonderheiten						
Spritzetermin						





Wie waren deine letzten 4 Wochen?



Hast du dich in den letzten 4 Wochen gut gefühlt?



ja



nein

Bist du nachts wegen deines Asthmas aufgewacht?



ja



nein

Musstest du wegen deines Asthmas husten?



ja



nein

Hast du wegen deines Asthmas unter Atemnot gelitten?



ja



nein

Hat dich dein Asthma beim Spielen oder Sport gehindert?



ja



nein

Hast du dein Notfallspray gebraucht?



ja



nein



Wie geht es dir?



Sticker bitte hier einkleben



Wie oft musstest du wegen eines Asthma-Anfalls innerhalb der letzten 4 Wochen ins Krankenhaus?

Wie viele Tage hast du wegen deines Asthmas innerhalb der letzten 4 Wochen in der Schule gefehlt?

Jeder liebt Aufkleber!

Um deinem Arzt zu zeigen wie du dich fühlst, benutze die Aufkleber für deine 4-Wochen-Übersicht.

Falls einige Aufkleber übrig bleiben, nutze sie und dekoriere damit dein Tagebuch.



HERZLICH WILLKOMMEN IN WOCHE 9



Wochentage **Montag** **Dienstag** **Mittwoch**

Datum

Peak-Flow-Werte in l/min	Montag		Dienstag		Mittwoch	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300						
280						
260						
240						
220						
200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						



Husten (0–3)*

Atemnot (0–3)*

Erwachen nachts ja nein ja nein ja nein

Notfallspray ja nein ja nein ja nein

Besonderheiten

Spritzentermin

* 0 = kein(e) 1 = gering 2 = mittelmäßig 3 = stark

Donnerstag **Freitag** **Samstag** **Sonntag**

Datum

Peak-Flow-Werte in l/min	Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300								
280								
260								
240								
220								
200								
180								
160								
140								
120								
100								
80								
60								

Husten (0–3)*

Atemnot (0–3)*

Erwachen nachts ja nein ja nein ja nein ja nein

Notfallspray ja nein ja nein ja nein ja nein

Besonderheiten

Spritzentermin



Weiter geht's in Woche 10



Wochentage Montag Dienstag Mittwoch

Datum

Peak-Flow-Werte in l/min	Montag		Dienstag		Mittwoch	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300						
280						
260						
240						
220						
200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						

Peak-Flow-Werte in l/min



Husten (0–3)*

Atemnot (0–3)*

Erwachen nachts ja nein ja nein ja nein

Notfallspray ja nein ja nein ja nein

Besonderheiten

Spritzetermin

Donnerstag Freitag Samstag Sonntag

Datum

Peak-Flow-Werte in l/min	Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300								
280								
260								
240								
220								
200								
180								
160								
140								
120								
100								
80								
60								

Husten (0–3)*

Atemnot (0–3)*

Erwachen nachts ja nein ja nein ja nein ja nein

Notfallspray ja nein ja nein ja nein ja nein

Besonderheiten

Spritzetermin

* 0 = kein(e) 1 = gering 2 = mittelmäßig 3 = stark





WIE WAREN DEINE LETZTEN 4 WOCHEN?

Hast du dich in den letzten 4 Wochen gut gefühlt?

ja nein

Bist du nachts wegen deines Asthmas aufgewacht?

ja nein

Musstest du wegen deines Asthmas husten?

ja nein

Hast du wegen deines Asthmas unter Atemnot gelitten?

ja nein

Hat dich dein Asthma beim Spielen oder Sport gehindert?

ja nein

Hast du dein Notfallspray gebraucht?

ja nein



Wie geht es dir?



Wie oft musstest du wegen eines Asthma-Anfalls innerhalb der letzten 4 Wochen ins Krankenhaus?

Wie viele Tage hast du wegen deines Asthmas innerhalb der letzten 4 Wochen in der Schule gefehlt?

JUHUUU, ES IST WOCHE 13



Wochentage	Montag	Dienstag	Mittwoch
------------	--------	----------	----------

Datum			
-------	--	--	--

Peak-Flow-Werte in l/min	Montag		Dienstag		Mittwoch	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300						
280						
260						
240						
220						
200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						



Husten (0–3)*			
---------------	--	--	--

Atemnot (0–3)*			
----------------	--	--	--

Erwachen nachts	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
-----------------	---	---	---

Notfallspray	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--------------	---	---	---

Besonderheiten			
----------------	--	--	--

Spritzentermin			
----------------	--	--	--

Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
------------	---------	---------	---------

Datum				
-------	--	--	--	--

Peak-Flow-Werte in l/min	Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300								
280								
260								
240								
220								
200								
180								
160								
140								
120								
100								
80								
60								

Husten (0–3)*				
---------------	--	--	--	--

Atemnot (0–3)*				
----------------	--	--	--	--

Erwachen nachts	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
-----------------	---	---	---	---

Notfallspray	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
--------------	---	---	---	---

Besonderheiten				
----------------	--	--	--	--

Spritzentermin				
----------------	--	--	--	--

* 0 = kein(e) 1 = gering 2 = mittelmäßig 3 = stark



Du hast es fast geschafft, Woche 14



Wochentage **Montag** **Dienstag** **Mittwoch**

Datum

Peak-Flow-Werte in l/min	Montag		Dienstag		Mittwoch	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300						
280						
260						
240						
220						
200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						



Husten (0–3)*

Atemnot (0–3)*

Erwachen nachts ja nein ja nein ja nein

Notfallspray ja nein ja nein ja nein

Besonderheiten

Spritzentermin

* 0 = kein(e) 1 = gering 2 = mittelmäßig 3 = stark

Donnerstag **Freitag** **Samstag** **Sonntag**

Datum

Peak-Flow-Werte in l/min	Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
300								
280								
260								
240								
220								
200								
180								
160								
140								
120								
100								
80								
60								

Husten (0–3)*

Atemnot (0–3)*

Erwachen nachts ja nein ja nein ja nein ja nein

Notfallspray ja nein ja nein ja nein ja nein

Besonderheiten

Spritzentermin



GROSSER ENDSPURT IN WOCHE 16



Wochentage	Montag	Dienstag	Mittwoch			
Datum						
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
Peak-Flow-Werte in l/min	300					
	280					
	260					
	240					
	220					
	200					
	180					
	160					
	140					
	120					
	100					
80						
60						
Husten (0–3)*						
Atemnot (0–3)*						
Erwachen nachts	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Notfallspray	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Besonderheiten						
Spritzetermin						



* 0 = kein(e) 1 = gering 2 = mittelmäßig 3 = stark

Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag			
Datum						
	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
Peak-Flow-Werte in l/min	300					
	280					
	260					
	240					
	220					
	200					
	180					
	160					
	140					
	120					
	100					
80						
60						
Husten (0–3)*						
Atemnot (0–3)*						
Erwachen nachts	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Notfallspray	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Besonderheiten						
Spritzetermin						





Wie waren deine letzten 4 Wochen?



Hast du dich in den letzten 4 Wochen gut gefühlt?

ja nein

Bist du nachts wegen deines Asthmas aufgewacht?

ja nein

Musstest du wegen deines Asthmas husten?

ja nein

Hast du wegen deines Asthmas unter Atemnot gelitten?

ja nein

Hat dich dein Asthma beim Spielen oder Sport gehindert?

ja nein

Hast du dein Notfallspray gebraucht?

ja nein



Wie geht es dir?



Sticker bitte hier einkleben



Wie oft musstest du wegen eines Asthma-Anfalls innerhalb der letzten 4 Wochen ins Krankenhaus?

Wie viele Tage hast du wegen deines Asthmas innerhalb der letzten 4 Wochen in der Schule gefehlt?

DEIN PEAK-FLOW-AMPELSYSTEM



Fülle diese beiden Seiten gemeinsam mit deinem Arzt aus. Mit dem Ampelsystem kannst du dann jeden Tag herausfinden, wie dein Asthma aktuell ist.



ALLES IN ORDNUNG!

SUPER! Deine Peak-Flow-Werte liegen zwischen _____ und _____ l/min (80 bis 100 % des persönlichen Bestwertes).

Deine Medikamente wirken gut, dein Asthma macht dir wenig Probleme, du kannst gut schlafen und bist im Alltag kaum eingeschränkt.

So wie vom Arzt verschrieben, nimm täglich folgende Medikamente ein:

1. _____
2. _____
3. _____

Dein Notfallmedikament bei Atemnot, Engegefühl, Husten:

ACHTUNG!

ACHTUNG! Deine Peak-Flow-Werte liegen zwischen _____ und _____ l/min (50 bis 80 % des persönlichen Bestwertes).

Nachts wirst du öfters wach, musst husten und das Notfallspray benutzen. Dein Asthma ist nicht so gut eingestellt und du solltest mit deinem Arzt deine Medikamente anpassen.

Erhöhe deine Medikamente wie angegeben:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Gehe in den nächsten Tagen zum Arzt. Messe deine Peak-Flow-Werte 4 x täglich!

GEFAHR!

GEFAHR! Deine Peak-Flow-Werte liegen unter _____ und _____ l/min (< 50 % des persönlichen Bestwertes), trotz Inhalation.

Versuche ruhig zu bleiben und wende atemtechnische Hilfestellungen an (Lippenbremse, Kutschersitz, etc.). Nimm sofort deine Notfallmedikamente ein.

Einen akuten Asthmaanfall erkennst du an ständiger Atemnot (in Ruhe oder beim Sprechen), plötzliche, starke Zunahme der Atemnot (die seit Tagen schon öfter zu spüren war) und unbeherrschbaren Husten mit zunehmendem Engegefühl.

Im Notfall nimm folgende Medikamente bitte sofort ein:

1. _____
2. _____
3. _____

Wenn deine Peak-Flow-Werte nach 20 min nicht um wenigstens 40–50 Einheiten steigen, rufe den Notarzt (112)!

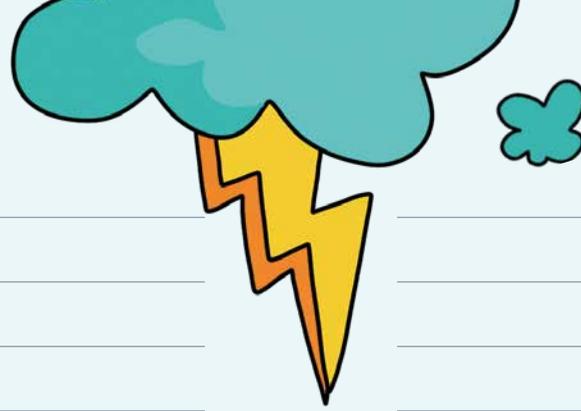
Gehe – auch wenn sich alles wieder gebessert hat – spätestens am nächsten Tag zum Arzt.



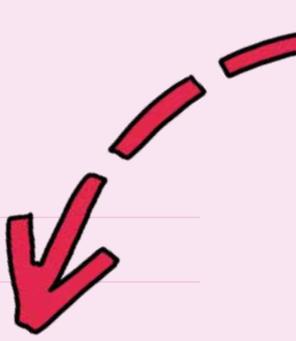
NOTIZEN:



NOTIZEN:



NOTIZEN:



Kontaktmöglichkeiten bei Fragen

Haben du oder deine Eltern medizinische Fragen zu deiner **Erkrankung** oder **Novartis-Produkten** dann kontaktiere uns, das medizinisch-wissenschaftliche Team des **Novartis-Infoservice**, gerne unter:

Telefon: 0911-273 12 100*

Fax: 0911-273 12 160

E-Mail: infoservice.novartis@novartis.com

Internet: www.infoservice@novartis.com

Live-Chat: www.chat.novartis.de

* Mo.–Fr. von 08:00 bis 18:00 Uhr



ASTHMA.DE

IHR RATGEBER ZUM THEMA ASTHMA

www.asthma.de



 NOVARTIS