



ISATUXIMAB

KARTA PACJENTA

SZANOWNI PACJENCI OTRZYMUJĄCY LEK SARCLISA (IZATUKSYMAB)

- Prosimy o przekazanie tej Karty pracownikom opieki zdrowotnej **przed** przetoczeniem Pani/Panu krwi.
- Prosimy nosić tę Kartę zawsze przy sobie, aż do upływu co najmniej **6 miesięcy** po otrzymaniu ostatniej dawki izatuksymabu.
- Użytkownik leku też może w tym pomóc, zgłaszając wszelkie działania niepożądane, które wystąpiły po zastosowaniu leku. Jeżeli zauważy Pani/Pan u siebie jakiegokolwiek działania niepożądane, należy skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą. Działania niepożądane można też zgłaszać bezpośrednio pod adresem **Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: + 48 22 49 21 301, faks: + 48 22 49 21 309, strona internetowa: <https://smz.ezdrowie.gov.pl>**
- Działania niepożądane należy również zgłaszać firmie SANOFI pod numer **tel. +48 22 280 00 00**. Dzięki zgłaszaniu działań niepożądanych można będzie zgromadzić więcej informacji na temat bezpieczeństwa stosowania leku.
- Dokładniejsze informacje na temat izatuksymabu można znaleźć w **ulotce dla pacjenta dołączonej do opakowania**.

OSTRZEŻENIE DLA PRACOWNIKÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

- Prosimy zwrócić uwagę na to, że pacjent jest leczony produktem leczniczym **SARCLISA (izatuksymab)**.
- Niniejsza Karta pacjenta zawiera ważne informacje dotyczące bezpieczeństwa, o których musi Pani/Pan wiedzieć przed rozpoczęciem, w trakcie i po zakończeniu leczenia izatuksymabem.
- Stosowany w leczeniu izatuksymab wiąże się z receptorem CD38 na erytrocytach, co skutkuje **ryzykiem występowania zaburzeń w oznaczaniu grupy krwi (pozytywny wynik pośredniego odczynu Coombsa)**, które może się utrzymywać przez co najmniej 6 miesięcy po ostatnim wlewie izatuksymabu.
- Aby uniknąć potencjalnych problemów z przetaczaniem erytrocytów, należy wykonać oznaczenia grupy krwi i badania przesiewowe przed pierwszym wlewie izatuksymabu. **Można rozważyć wykonanie badań fenotypu, zgodnie z lokalnie obowiązującymi zasadami.**
- Jeżeli leczenie izatuksymabem już się rozpoczęło i jest **planowane przetoczenie krwi**, należy poinformować bank krwi, że pacjent otrzymuje izatuksymab i występuje u niego **ryzyko zaburzonych wyników pośrednich testów antyglobulinowych**.
- Dodatkowe informacje na temat izatuksymabu podano w **Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL)**.



MOJE DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko
pacjenta:

Data urodzenia
(DD / MM / RRRR):

Numer telefonu pacjenta:

Osoba do kontaktów
w nagłych sytuacjach
(imię i nazwisko):

Osoba do kontaktów
w nagłych sytuacjach
(nr telefonu):



INFORMACJE O MOIM LECZENIU

Prosimy wypełnić tę część samodzielnie lub poprosić o jej wypełnienie lekarza.

Data rozpoczęcia
(DD / MM / RRRR):

Nie
dotyczy

☐

Data zakończenia
(DD / MM / RRRR):



WYNIKI MOICH BADAŃ KRWI

(DD / MMM / YYYY)

Grupa krwi:

☐ A☐ B☐ AB☐ O☐ Rh+☐ Rh-

Wynik mojego pośredniego testu antyglobulinowego (pośredniego odczynu Coombsa) był:

☐ Ujemny☐ Dodatni
w przypadku następujących przeciwciał

DANE MOJEGO LEKARZA

W sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia bądź też znalezienia
tej Karty proszę o kontakt z moim lekarzem, którego dane są podane poniżej.

Imię i nazwisko lekarza:

Nr telefonu lekarza: