

KARTA PACIENTA UŽÍVAJÍCÍHO DARATUMUMAB

Jméno pacienta/adresa trvalého bydliště:

Telefonický kontakt:

UVNITŘ NALEZNETE DŮLEŽITÉ INFORMACE TÝKAJÍCÍ SE ZDRAVÍ

**V naléhavém případě, nebo pokud najdete tuto kartičku,
kontaktujte prosím lékaře uvedeného níže:**

Jméno lékaře/název zdravotnického zařízení:

Telefonický kontakt:

PACIENTI užívající daratumumab: Předajte tuto kartičku zdravotnickému pracovníkovi PŘED podáním krevní transfuze a noste ji u sebe ještě po dobu 6 měsíců od ukončení léčby.

Další informace naleznete v Písemné informaci pro pacienty.

Jakékoliv pochybnosti nebo otázky vztahující se k léčbě konzultujte se svým ošetřujícím lékařem.

Kartička pacienta užívajícího daratumumab

Jméno: _____

Užívám následující léky:

Daratumumab, protilátka k léčbě mnohočetného myelomu

Tento lék jsem přestal/a užívat dne ____/____/____

- ▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Můžete přispět tím, že nahlásíte jakékoliv nežádoucí účinky, které se u Vás vyskytnou.

Vážený zdravotnický pracovníku,

Daratumumab je spojen s rizikem interference při určování krevní skupiny. Nepřímý Coombsův test (nepřímý antiglobulinový test [NAT]) může u pacientů užívajících daratumumab ukazovat pozitivní výsledky, a to i v případě nepřítomnosti protilátek proti nepravidelným antigenům v krvi pacienta. Tento jev může přetrvávat až 6 měsíců po poslední léčebné dávce. Stanovení krevní skupiny AB0 a Rh není u pacienta ovlivněné.

V případě nutnosti transfuze z vitální indikace je možné podat nezkříženou, AB0/RhD kompatibilní erytrocytární masu v souladu se zvyklostmi krevní banky.

Pro více informací kontaktujte prosím lékařský informační servis společnosti Janssen:
www.janssen.cz; infocz@its.inj.com; +420 227 012 333

Moje výsledky krevních testů před začátkem léčby daratumumabem

provedených ____/ ____/____ byly:

Krevní skupina: ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ 0 ☐ Rh+ ☐ Rh-

Nepřímý Coombsův test (screening protilátek) byl:

☐ Negativní ☐ Pozitivní na následující protilátky:

Jiné: _____

Kontaktní informace na zdravotnické zařízení, kde byly tyto krevní testy provedeny:

Tabulka návštěv

Datum návštěvy _____	Čas návštěvy _____
Datum návštěvy _____	Čas návštěvy _____
Datum návštěvy _____	Čas návštěvy _____
Datum návštěvy _____	Čas návštěvy _____
Datum návštěvy _____	Čas návštěvy _____
Datum návštěvy _____	Čas návštěvy _____
Datum návštěvy _____	Čas návštěvy _____
Datum návštěvy _____	Čas návštěvy _____
Datum návštěvy _____	Čas návštěvy _____
Datum návštěvy _____	Čas návštěvy _____
Datum návštěvy _____	Čas návštěvy _____
Datum návštěvy _____	Čas návštěvy _____

Pokud se u Vás vyskytne kterýkoliv z nežádoucích účinků, sdělte to svému lékaři nebo lékárníkovi. Stejně postupujte i v případě jakýchkoliv nežádoucích účinků, které nejsou uvedeny v příbalové informaci. Nežádoucí účinky můžete hlásit také přímo prostřednictvím národního systému hlášení nežádoucích účinků. Podrobnosti o hlášení najdete na: <http://www.olecich.cz/hlaseni-pro-sukl/nahlasit-nezadouci-ucinek>.

Adresa pro zasílání je Státní ústav pro kontrolu léčiv, oddělení farmakovigilance, Šrobárova 48, Praha 10, 100 41, email: farmakovigilance@sukl.cz.

Pokud se hlášení týká biologického léčiva, je třeba doplnit i přesný obchodní název a číslo šarže. Nahlášením nežádoucích účinků můžete přispět k získání více informací o bezpečnosti tohoto přípravku.

Tato informace může být také hlášena společnosti Janssen prostřednictvím emailové adresy: farmakovigilance@its.jnj.com.