

PRŮKAZ PACIENTA / IDENTIFICATION CARD

který musí být léčen injekcemi přípravku **RoActemra®** (tocilizumab)
*who has to be injected with **RoActemra®** (tocilizumab)*

Jméno a příjmení / *Name*:

Rodné číslo / *Birth Number*:

Číslo pasu / *Passport No*:

Číslo OP / *Doc. No*:

Státní občanství / *Nationality*:

Podpis / *Holder's Signature*:

Držitel této karty trpí autoimunním onemocněním a musí být léčen injekcemi přípravku **RoActemra®** (tocilizumab). Z tohoto důvodu má držitel karty u sebe přípravek **RoActemra®** v předplněných injekčních stříkačkách nebo v předplněném peru. Přípravek **RoActemra®** se musí přepravovat a skladovat v teplotním rozmezí +2 až +8 °C. Nesmí zmrznout!

*This cardholder suffers from an autoimmune disease and has to be injected with **RoActemra**[®] (tocilizumab).
For this reason the cardholder carries the medicine **RoActemra**[®] in prefilled syringes or pre-filled pen.
The medicine **RoActemra**[®] has to be transported and stored between +2 and +8 °C.
Do not freeze!*

Jméno lékaře / Physician:

Ordinance / Office:

Datum / Date:

Podpis / Signature: