

Tietoa potilaalle

- Tämä kortti sisältää tärkeitä turvallisuuteen liittyviä tietoja, jotka on tunnettava ennen Caprelsa-hoidon aloittamista ja hoidon aikana.
- Näytä tämä kortti aina kaikille sinua hoitaville lääkäreille. Jos havaitset haittavaikutuksia, kerro niistä lääkärille, apteekkihenkilökunnalle tai sairaanhoitajalle. Tämä koskee myös sellaisia mahdollisia haittavaikutuksia, joita ei ole mainittu pakkausseosteessa. Voit ilmoittaa haittavaikutuksista myös suoraan (ks. yhteystiedot alla). Ilmoittamalla haittavaikutuksista voit auttaa saamaan enemmän tietoa tämän lääkevalmisteen turvallisuudesta.

Fimea, Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri, PL 55, 00034 FIMEA, www.fimea.fi
Sanofi Oy, pharmacovigilance.finland@sanofi.com, puh: 0201 200 368

Caprelsa saattaa aiheuttaa muutoksen sydämen sähköiseen toimintaan. Tätä kutsutaan QT-ajan pidentymiseksi, ja se voi aiheuttaa epäsäännöllistä sydämensykeä ja hengenvaarallisia muutoksia sydämen rytmiin.

Caprelsa-tablettien käytön aikana saattaa esiintyä oireyhtymä, jota kutsutaan nimellä posteriorinen reversiibeli enkefalopatioireyhtymä (PRES; käytetään myös nimitystä reversiibeli posteriorinen leukoenkefalopatia, RPLS).

Soita heti lääkärille tai kerro läheiselle tai huoltajallesi (pediatriset potilaat), jos Caprelsa-hoidon aikana ilmenee:

- pyörrytystä, huimausta tai epäsäännöllistä sydämensykeä, koska nämä voivat olla pidentyneeseen QT-aikaan liittyviä oireita
- päänsärkyä, kouristuskohtauksia, kouristuksia, sekavuutta, näköhäiriöitä tai keskittymisvaikeuksia, koska nämä saattavat olla PRES:n oireita.

Älä keskeytä Caprelsa-tablettien käyttämistä äläkä muuta annosta ilman lääkärin ohjetta.

Soita lääkärille välittömästi, jos olet ottanut liian monta Caprelsa-tablettia.

Potilaskortti Caprelsa® (vandetanibi)

Katso lisätietoa Caprelsa-valmisteen
pakkausselosteesta.

Varmista, että mukkanasi on luettele kaikista
käyttämistäsi lääkkeistä, aina kun menet
lääkärin vastaanotolle.

Potilaan nimi: _____

Huoltajan nimi: _____

Huoltajan puhelinnumero: _____

Lääkärin nimi: _____

Lääkärin puhelinnumero: _____

Caprelsa-hoidon aloituspäivä: _____

