



OMAT TIETONI

Potilaan nimi: _____

Potilaan syntymäaika
(PP/KK/VVVV): ____/____/____

Potilaan
puhelinnumero: _____

Yhteyshenkilö
häätätilanteessa (nimi): _____

Yhteyshenkilö häätätilanteessa
(puhelinnumero): _____



TIETOA HOIDOSTA

Täytä tämä osio tai pyydä lääkäriä
täyttämään se.

Aloituspäivä

(PP/KK/VVVV):

____/____/____

Lopetuspäivä

Ei oleellinen (PP/KK/VVVV):

☐ ____/____/____



VERIKOKEIDEN TULOKSET

Minulle tehtiin verikoe ennen isatuksimabi-
hoidon aloittamista ja sen tulokset olivat:

Veriryhmä: ☐ A ☐ B ☐ AB

☐ O ☐ Rh+ ☐ Rh-

____/____/____
(PP/KK/VVVV)

Epäsuoran antiglobuliinikokeen (epäsuoran Coombsin kokeen) tulos oli:

☐ Negatiivinen ☐ Positiivinen seuraavien
vasta-aineiden osalta: _____



LÄÄKÄRIN TIEDOT

Hätätilanteessa tai jos löydät tämän kortin,
ota yhteyttä minua hoitavaan lääkäriin,
jonka yhteystiedot ovat alla.

Lääkärin nimi: _____

Lääkärin puhelinnumero: _____

— HYVÄ SARCLISA-HOITOA (ISATUKSIMABIA) SAAVA POTILAS —

- Anna tämä kortti terveydenhuollon ammattilaisille **ennen** verensiirtoa.
- Pidä kortti aina mukanasikin **6 kuukauden** ajan viimeisen isatuksimabiannoksen saamisesta.
- Lisätietoa isatuksimabista on **pakkausselosteessa**.
Voit auttaa ilmoittamalla kaikista mahdollisesti saamistasi haittavaikutuksista. Jos havaitset haittavaikutuksia, kerro niistä lääkärille tai apteekkihenkilökunnalle. Voit ilmoittaa haittavaikutuksista myös suoraan (ks. yhteystiedot alla)
- Fimea, Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri, PL 55, 00034 FIMEA, www.fimea.fi tai
- Sanofi Oy, pharmacovigilance.finland@sanofi.com, puh: 0201 200 300
Ilmoittamalla haittavaikutuksista voit auttaa saamaan enemmän tietoa tämän lääkevalmisteen turvallisuudesta.

— VAROITUS TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISILLE —

- Huomaa, että tämä potilas saa **SARCLISA-hoitoa (isatuksimabia)**.
- Tämä potilaskortti sisältää tärkeitä turvallisuustietoja, joista sinun on oltava tietoinen ennen isatuksimabihoitoa, sen aikana ja sen jälkeen.
- Isatuksimabi sitoutuu punasolujen CD38-proteiiniin ja isatuksimabihoitoon liittyy **veriryhmän määrittämiseen kohdistuvien häiriövaikutusten riski (positiivisen tuloksen riski epäsuorassa Coombsin kokeessa)**, joka saattaa jatkua ainakin 6 kuukauden ajan viimeisen isatuksimabi-infuusion jälkeen.
- Punasolujen siirtoon liittyvien mahdollisten ongelmien välttämiseksi potilaalta on määritettävä veriryhmä ja hänelle on tehtävä seulontakokeet ennen ensimmäistä isatuksimabi-infuusiota.
Fenotyyppitystä voidaan harkita paikallisen käytännön mukaisesti.
- Jos isatuksimabihoito on jo aloitettu ja **potilaalle tehdään suunniteltu verensiirto, ilmoita** verikeskukselle, että potilas saa isatuksimabia ja että **hoitoon liittyy epäsuoraan antiglobuliinikokeeseen kohdistuvien häiriövaikutusten riski.**
- Lisätietoja isatuksimabista on **valmisteyhteenvedossa**.