



MIN INFORMATION

Patientens namn: _____

Patientens födelsedatum
(DD/MM/ÅÅÅÅ): ____/____/____

Patientens
telefonnummer: _____

Nödkontakt
(namn): _____

Nödkontakt
(telefonnummer): _____



MINA BEHAND- LINGSDETALJER

Vänligen fyll i detta avsnitt eller be
din läkare att göra det.

Startdatum

(DD/MM/ÅÅÅÅ):

____/____/____

Slutdatum

Ej applicerbart (DD/MM/ÅÅÅÅ):

☐ ____/____/____



MINA BLODRESULTAT

Resultat från blodprov taget innan
isatuximab den:

Blodtyp: ☐ A ☐ B ☐ AB

☐ O ☐ Rh+ ☐ Rh-

____/____/____
(DD/MM/ÅÅÅÅ)

Resultatet av mitt indirekta antiglobulintest (indirekt Coombs test) var:

☐ Negativt ☐ Positivt för följande antikroppar: _____



MIN LÄKARES INFORMATION

Vid nödsituation eller om du hittar detta
kort, vänligen kontakta min läkare med
hjälp av information nedan.

Läkarens namn: _____

Läkarens telefonnummer: _____

PATIENTKORT

SARCLISA®
(isatuximab)

TILL PATIENTER SOM FÅR SARCLISA (ISATUXIMAB)

- Ge detta kort till hälso- och sjukvårdspersonal **före** blodtransfusion.
- Ha detta kort med dig hela tiden i minst **6 månader** efter sista dosen av isatuximab.
- Se **bipacksedeln** för ytterligare information om isatuximab.
Du kan hjälpa till genom att rapportera alla biverkningar som du får.
Om du får biverkningar, tala med läkare eller apotekspersonal. Du kan också rapportera biverkningar direkt (se detaljer nedan).
- Fimea, Biverkningsregistret, PB 55, 00034 FIMEA, www.fimea.fi eller
- Sanofi Oy, pharmacovigilance.finland@sanofi.com, tel: 0201 200 300.

Genom att rapportera biverkningar kan du bidra till att öka informationen om läkemedlets säkerhet.

VARNING FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL

- Vänligen observera att patienten får behandling med **SARCLISA (isatuximab)**.
- Detta patientkort innehåller viktig säkerhetsinformation som du måste vara medveten om före, under och efter behandling med isatuximab.
- Behandling med isatuximab binder till CD38 på erytrocyter och är förknippad med **risk för interferens med blodgruppsbestämning (positiv indirekt Coombs test)**, som kan kvarstå i minst 6 månader efter den sista isatuximab-infusionen.
- För att undvika potentiella problem vid erytrocyttransfusion bör du utföra blodgruppsbestämning och screeningst innan den första infusionen av isatuximab. **Fenotypsbestämning kan övervägas enligt lokal praxis.**
- Om behandling med isatuximab redan har påbörjats och **i händelse av en planerad transfusion bör du meddela** blodtransfusionslaboratoriet att patienten får isatuximab och **risk för interferens med indirekt antiglobulintest**.
- Vänligen se **produktresumén** för ytterligare information om isatuximab.