



PATIENTKORT

SANOFI GENZYME 


SARCLISA[®]
(isatuximab)

TILL PATIENTER SOM FÅR SARCLISA (ISATUXIMAB)

- Ge detta kort till hälso- och sjukvårdspersonal **före** blodtransfusion.
- Ha detta kort med dig hela tiden till och med **6 månader** efter sista dosen av isatuximab.
- Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta görs för att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. 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 via www.lakemedelsverket.se. Biverkningar bör också rapporteras till Sanofi AB via **tel. +46 8 634 50 00**. Genom att rapportera biverkningar kan du bidra till att öka informationen om läkemedlets säkerhet.
- Se **bipacksedeln** för ytterligare information om isatuximab.

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 erythrocyter och är förknippad med **risk för interferens med indirekt antiglobulintest (indirekt Coombs test)**, som kan kvarstå i cirka 6 månader efter den sista isatuximab-infusionen.
- För att undvika potentiella problem vid erytrocyttransfusion bör du utföra blodtypbestämning och screeningtest innan den första infusionen av isatuximab. **Fenotypbestämning 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.


SARCLISA[®]
(isatuximab)



MIN INFORMATION

Patientens namn:

Patientens födelsedatum:
(DD/MM/ÅÅÅÅ)

Patientens telefonnummer:

Nödkontakt (namn):

Nödkontakt
(telefonnummer):



MINA BEHANDLINGSDETALJER

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

Rekommenderad dos av isatuximab
10mg/kg och doseringsschema:

Cykel 1: Dag 1, 8, 15
och 22 (varje vecka)

Startdatum
(DD/MM/ÅÅÅÅ):

Ej
applicer-
bart:

Slutdatum
(DD/MM/ÅÅÅÅ):

**Cykel 2 och
efterföljande cykler:**
Dag 1 och 15
(varannan vecka)



MINA BLODRESULTAT

Resultat från blodprov taget innan
isatuximab den:

(DD/MM/ÅÅÅÅ):

Blodtyp:

A

B

AB

O

Rh+

Rh-

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

Negativt

Positivt för följande antikroppar:



MIN LÄKARES INFORMATION

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

Läkarens namn:

Läkarens telefonnummer: