

ΚΑΡΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αυτή η κάρτα περιέχει σημαντικές πληροφορίες ασφάλειας τις οποίες θα πρέπει να γνωρίζετε πριν από τη λήψη της ετανερσέπτης και κατά τη διάρκεια της θεραπείας με ετανερσέπτη.

Εάν δεν καταλαβαίνετε αυτές τις πληροφορίες, παρακαλείστε να ζητήσετε από τον γιατρό σας να σας τις εξηγήσει.

- Δείξτε αυτή την κάρτα στον γιατρό που συμμετέχει στη θεραπεία σας.
- Ανατρέξτε επίσης στο Φύλλο Οδηγιών Χρήσης της ετανερσέπτης για περισσότερες πληροφορίες.
- Κρατήστε αυτή την κάρτα μαζί σας για 2 μήνες μετά από τη δόση ετανερσέπτης, καθώς μπορεί να εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες μετά από την τελευταία σας δόση ετανερσέπτης.

Λοιμώξεις

Η ετανερσέπτη μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο λοιμώξεων, οι οποίες θα μπορούσαν να είναι σοβαρές.

- Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιήσετε ετανερσέπτη εάν έχετε κάποια λοίμωξη. Εάν δεν είστε βέβαιος/η, ρωτήστε τον γιατρό σας.
- Εάν εμφανίσετε συμπτώματα που παραπέμπουν σε λοίμωξη, όπως είναι ο πυρετός, ο εμμένων βήχας, η απώλεια βάρους ή ο λήθαργος, αναζητήστε αμέσως ιατρική φροντίδα.
- Θα πρέπει να εξεταστείτε για φυματίωση. Ζητήστε από τον γιατρό σας να καταγράψει τις ημερομηνίες και τα αποτελέσματα από την τελευταία εξέταση για φυματίωση στη συνέχεια:

Εξέταση: _____

Ημερομηνία: _____

Αποτελέσματα: _____

Εξέταση: _____

Ημερομηνία: _____

Αποτελέσματα: _____

Παρακαλείστε να ζητήσετε από τον γιατρό σας να αναφέρει άλλες φαρμακευτικές αγωγές που λαμβάνετε, οι οποίες μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο λοίμωξης.

Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια

Εάν εμφανίσετε συμπτώματα που παραπέμπουν σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή επιδείνωση της προϋπάρχουσας συμφορητικής ανεπάρκειας, όπως είναι η δύσπνοια, το οίδημα των αστραγάλων, ο εμμένων βήχας ή η κόπωση, αναζητήστε αμέσως ιατρική βοήθεια.

Άλλες πληροφορίες (συμπληρώστε):

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: _____

Όνοματεπώνυμο ιατρού: _____

Αριθμός τηλεφώνου ιατρού: _____

Είναι σημαντικό εσείς και ο γιατρός σας να σημειώσετε την εμπορική ονομασία και τον αριθμό παρτίδας της φαρμακευτικής σας αγωγής.

Εμπορική ονομασία: _____

Αριθμός παρτίδας: _____

Αναφορά ανεπιθύμητων ενεργειών

Εάν παρατηρήσετε κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια, ενημερώστε τον/την γιατρό, τον/την φαρμακοποιό, ή τον/την νοσηλεύτη(-τρια) σας. Αυτό ισχύει για κάθε πιθανή ανεπιθύμητη ενέργεια ακόμα κι αν δεν αναφέρεται στο Φύλλο Οδηγιών Χρήσης. Είναι σημαντικό να καταγραφεί τόσο η εμπορική ονομασία όσο και ο αριθμός παρτίδας του προϊόντος που λαμβάνετε. Μπορείτε να συνεισφέρετε στην παρακολούθηση της ασφάλειας του Erelzi® αναφέροντας τις ανεπιθύμητες ενέργειες που σας παρουσιάζονται στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ), με τη χρήση της κίτρινης κάρτας, διαθέσιμης στον δικτυακό τόπο (<http://www.eof.gr>) του ΕΟΦ, Μεσογείων 284, GR15582 Χολαργός, Αθήνα, Τηλ: + 30 21 32040380/337. Διευκρινίζεται ότι ο ΕΟΦ δεν παρέχει ιατρικές συμβουλές σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών. Αρμόδιος για την παροχή τέτοιων συμβουλών είναι μόνον ο ιατρός σας.

Μπορείτε επίσης να σαρώσετε μέσω του «έξυπνου» κινητού σας τον παρακάτω κωδικό QR, για να μεταβείτε στην ιστοσελίδα <http://www.eof.gr>, για τη συμπλήρωσή της «ΚΙΤΡΙΝΗΣ ΚΑΡΤΑΣ».



Εναλλακτικά, οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να αναφέρονται στη Sandoz Hellas:
Email: adverse.event.greece@sandoz.com