

KARTA DLA PACJENTA



Ważne informacje dotyczące bezpieczeństwa dla pacjentów przyjmujących lek ULTOMIRIS® (rawulizumab)

ULTOMIRIS® może obniżać sprawność układu immunologicznego w walce z infekcjami, **głównie zakażeniem meningokokowym, które wymaga natychmiastowej interwencji lekarskiej.**

Jeśli doświadczysz jakiegokolwiek z poniżej wymienionych symptomów, **bezzwłocznie powiadom lekarza lub wezwij pogotowie ratunkowe.**

- ból głowy z nudnościami lub wymiotami
- ból głowy z gorączką
- ból głowy z zesztywniałym karkiem lub plecami
- gorączka
- gorączka z wysypką
- dezorientacja (splątanie)
- bóle mięśniowe z symptomami grypy
- nadwrażliwość oczu na światło



Należy uzyskać natychmiastową pomoc medyczną, jeśli wystąpi którykolwiek z tych objawów. Należy okazać niniejszą kartę.

Zachowaj kartę bezpieczeństwa do ośmiu miesięcy od zastosowania ostatniej dawki ULTOMIRIS®. Ryzyko infekcji meningokokowej może wystąpić nawet kilka tygodni po ostatniej dawce ULTOMIRIS®.

Informacje dla pracowników ochrony zdrowia

- Pacjentowi przepisano lek ULTOMIRIS® (rawulizumab), który zwiększa podatność na zakażenie meningokokami (*Neisseria meningitidis*).
- Wszyscy pacjenci muszą zostać zaszczepieni co najmniej 2 tygodnie przed przyjęciem leku ULTOMIRIS®. Pacjenci, którzy rozpoczynają leczenie lekiem ULTOMIRIS® w okresie krótszym niż 2 tygodnie po przyjęciu szczepionki przeciwko meningokokom, muszą przyjąć odpowiednią profilaktykę antybiotykową do 2 tygodni po szczepieniu.
- Pacjenci muszą być zaszczepieni i powtórnie zaszczepieni zgodnie z aktualnymi krajowymi wytycznymi dotyczącymi szczepień.
- Zakażenie meningokokami może w krótkim czasie zacząć zagrażać życiu lub doprowadzić do zgonu, jeśli nie zostanie wcześniej rozpoznane i leczone.
- **W razie podejrzenia infekcji należy natychmiast przeprowadzić ocenę i w razie potrzeby rozpocząć leczenie antybiotykami.**
- Należy jak najszybciej skontaktować się z lekarzem (poniżej).

Więcej informacji o leku Ultomiris® znajdziesz w Charakterystyce Produktu Leczniczego lub pod adresem mailowym patientsafety.poland@astrazeneca.com

Imię i nazwisko pacjenta _____

Szpital, w którym prowadzone jest leczenie _____

Nazwisko lekarza _____

Nr tel. _____

Daty szczepień:

Data rozpoczęcia leczenia lekiem Ultomiris®: _____

Informacje o szczepieniu przeciwko meningokokom:

Nazwa szczepionki	Grupy serologiczne szczepionki	Nr dawki	Data	Seria podstawowa/ dawka przypominająca	Pacjent otrzymuje profilaktyczną antybiotykoterapię, jeśli przyjmowanie Ultomiris® rozpoczęło w okresie krótszym niż 2 tygodnie po przyjęciu szczepionki
					☐ Nie dotyczy ☐ Tak, data rozpoczęcia: _____
					☐ Nie dotyczy ☐ Tak, data rozpoczęcia: _____
					☐ Nie dotyczy ☐ Tak, data rozpoczęcia: _____