



## MOJE DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia pacjenta  
(DD / MM / RRRR):

Nr telefonu pacjenta:

Osoba do kontaktów  
w nagłych sytuacjach  
(imię i nazwisko):

Osoba do kontaktów  
w nagłych sytuacjach  
(nr telefonu):



## INFORMACJE O MOIM LECZENIU

Prosimy wypełnić tę część samodzielnie  
lub poprosić o jej wypełnienie lekarza.

Zalecana dawka izatuksymabu 10 mg/kg mc.,  
schemat dawkowania:

**Cykl 1:** dni 1, 8, 15 i 22  
(co tydzień)

**Cykl 2 i następane:**  
dni 1 i 15 (co 2 tygodnie)

**Data rozpoczęcia**  
(DD / MM / RRRR):

Nie  
dotyczy

**Data zakończenia**  
(DD / MM / RRRR):



## WYNIKI MOICH BADAŃ KRWI

Przed rozpoczęciem leczenia izatuksymabem wyniki  
moich badań krwi pobranej w dniu:

były następujące:

(DD / MM / RRRR)

Grupa krwi:

A

B

AB

O

Rh+

Rh-

Wynik mojego pośredniego testu antyglobulinowego (pośredniego odczynu Coombsa) był:

Ujemny

Dodatni w przypadku następujących przeciwciał:



## DANE MOJEGO LEKARZA

W sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia bądź też znalezienia tej  
karty proszę o kontakt z moim lekarzem, którego dane są podane poniżej

Imię i nazwisko lekarza:

Nr telefonu lekarza:



## KARTA PACJENTA

### SZANOWNI PACJENCI OTRZYMUJĄCY LEK SARCLISA (IZATUKSYMAB)

- Prosimy o przekazanie tej karty pracownikom opieki zdrowotnej **przed** przetoczeniem Pani/Panu krwi.
- Prosimy nosić tę kartę zawsze przy sobie, aż do upływu **6 miesięcy** po otrzymaniu ostatniej dawki izatuksymabu.
- Niniejszy lek będzie dodatkowo monitorowany. Umożliwi to uzyskiwanie nowych informacji o bezpieczeństwie stosowania. Użytkownik leku też może w tym pomóc, zgłaszając wszelkie działania niepożądane, które wystąpiły po zastosowaniu leku. Jeżeli zauważy Pani/Pan u siebie jakiegokolwiek działania niepożądane, należy skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą. Działania niepożądane można też zgłaszać bezpośrednio pod adresem **Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych** Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, Tel.: + 48 22 49 21 301, Faks: + 48 22 49 21 309, strona internetowa: <https://smz.ezdrowie.gov.pl>  
Działania niepożądane należy również zgłaszać firmie SANOFI pod numerem **tel. +48 22 280 00 00**. Dzięki zgłaszaniu działań niepożądanych można będzie zgromadzić więcej informacji na temat bezpieczeństwa stosowania leku.
- Dokładniejsze informacje na temat izatuksymabu można znaleźć w **ulotce dla pacjenta dołączonej do opakowania**.

### OSTRZEŻENIE DLA PRACOWNIKÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

- Prosimy zwrócić uwagę na to, że pacjent jest leczony produktem leczniczym **SARCLISA (izatuksymab)**.
- Niniejsza karta pacjenta zawiera ważne informacje dotyczące bezpieczeństwa, o których musi Pani/Pan wiedzieć przed rozpoczęciem, w trakcie i po zakończeniu leczenia izatuksymabem.
- Stosowany w leczeniu izatuksymab wiąże się z receptorem CD38 na erytrocytach, co wiąże się **z ryzykiem występowania zaburzeń w oznaczaniu grupy krwi (pozytywny wynik pośredniego odczynu Coombsa)**, które może się utrzymywać przez około 6 miesięcy po ostatnim wlewie izatuksymabu.
- Aby uniknąć potencjalnych problemów z przetaczaniem erytrocytów, należy wykonać oznaczenia grupy krwi i badania przesiewowe przed pierwszym wlewem izatuksymabu. **Można rozważyć wykonanie badań fenotypu, zgodnie z lokalnie obowiązującymi zasadami**.
- Jeżeli leczenie izatuksymabem już się rozpoczęło i jest **planowane przetoczenie krwi, należy poinformować** bank krwi, że pacjent otrzymuje izatuksymab i występuje u niego **ryzyko zaburzonych wyników pośrednich testów antyglobulinowych**.
- Dodatkowe informacje na temat izatuksymabu podano w Charakterystyce produktu leczniczego (ChPL).