

Proszę zapoznać się z charakterystyką produktu leczniczego, aby uzyskać informacje na temat ryzyka krwawienia i związanego z tym postępowania klinicznego

- Produkt leczniczy CABLIVI® działa na domenę A1 czynnika von Willebranda (vWF).
- Leczenie i monitorowanie pacjenta powinny uwzględniać związane z tym zwiększone ryzyko krwawienia.
- Leczenie produktem leczniczym CABLIVI® należy przerwać co najmniej 7 dni przed planowym zabiegiem chirurgicznym.
- W sytuacjach nagłych można rozważyć zastosowanie koncentratu czynnika von Willebranda (vWF) w celu uzyskania prawidłowej hemostazy.
- Dalsze informacje i charakterystyka produktu leczniczego są dostępne na stronie internetowej Europejskiej Agencji Leków (<http://www.ema.europa.eu>).

GZPL.CAPL.20.03.0057 Wyd. 03/2020

PL.EDU.CAP.20.03.01

CABLIVI® 10 mg proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań

- W trakcie leczenia kartę tę należy nosić przez cały czas przy sobie.
- Należy pokazać tę kartę pracownikowi służby zdrowia (np. lekarzowi, dentyście lub chirurgowi) przed jakimkolwiek leczeniem lub interwencją medyczną.
- Należy dokładnie zapoznać się z treścią ulotki dołączonej do opakowania.
- W przypadku wystąpienia jakichkolwiek nietypowych objawów należy poinformować o tym lekarza.

©2018 Sanofi Genzyme. Wszelkie prawa zastrzeżone. SANOFI GENZYME i logo Sanofi Genzyme są zastrzeżonymi znakami towarowymi firmy Sanofi Genzyme.

SANOFI GENZYME 

Cablivi
caplacizumab

GZPL.CAPL.20.03.0057 Wyd. 03/2020
PL.EDU.CAP.20.03.01

KARTA OSTRZEGAWCZA PACJENTA

SANOFI GENZYME 

Cablivi
caplacizumab

Informacja na temat pacjenta

Imię i nazwisko:

W NAGŁYCH PRZYPADKACH NALEŻY SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z:

Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

Informacja na temat lekarza przepisującego lek

ABY UZYSKAĆ WIĘCEJ INFORMACJI LUB W NAGŁYCH PRZYPADKACH
PROSZĘ KONTAKTOWAĆ SIĘ Z MOIM LEKARZEM:

Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

Informacja na temat leczenia

(wypełnia Pana/Pani lekarz)

Ten pacjent rozpoczął stosowanie produktu leczniczego
CABLIVI® (kaplacyzumab) w terapii nabytej
zakrzepowej plamicy małopłytkowej (aTTP)
w dniu (data)_____.