

Cablivi 100 mg prášek a rozpouštědlo pro přípravu injekčního roztoku (caplacizumab)

▼ Tento přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Můžete přispět tím, že nahlásíte jakékoli nežádoucí účinky, které se u Vás vyskytnou.

Pokud se u Vás vyskytne kterýkoli z nežádoucích účinků, sdělte to svému lékaři nebo lékárníkovi. Stejně postupujte i v případě jakýchkoli nežádoucích účinků, které nejsou uvedeny v příbalové informaci. Nežádoucí účinky můžete hlásit také přímo prostřednictvím národního systému hlášení nežádoucích účinků. Podrobnosti o hlášení najdete na: <http://www.olecich.cz/hlaseni-pro-sukl/nahlasit-nezadouci-ucinek>

Adresa pro zasílání je Státní ústav pro kontrolu léčiv, oddělení farmakovigilance, Šrobárova 48, Praha 10, 100 41,

e-mail: farmakovigilance@sukl.cz.

Je třeba doplnit i přesný obchodní název a číslo šarže. Nahlášením nežádoucích účinků můžete přispět k získání více informací o bezpečnosti tohoto přípravku.

Tato informace může být také hlášena společnosti sanofi-aventis, s.r.o.

Datum schválení materiálu: 03/2020. GZCS.CAPL.19.04.0113(1)

Přečtete si prosím Souhrn údajů o přípravku ohledně rizika krvácení a jeho klinického manažmentu.

- Přípravek CABLIVI je zacílený na A1 doménu von Willebrandova faktoru (vWF).
- Při léčbě a monitoringu pacientů je potřebné zohlednit přidružené zvýšené riziko krvácení.
- Léčba přípravkem CABLIVI by měla být ukončena nejméně 7 dní před plánovaným chirurgickým zákrokem.
- Při život ohrožujících stavech je potřebné zvážit použití koncentráту von Willebrandova faktoru (vWF) pro úpravu hemostázy.
- Pro informace o přípravku a další informace navštivte prosím webovou stránku Státního ústavu pro kontrolu léčiv <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>.

POHOTOVOSTNÍ
KARTA PACIENTA

Informace o pacientovi:

Jméno a příjmení:

V PŘÍPADĚ OHROŽENÍ ŽIVOTA PROSÍM KONTAKTUJTE:

Jméno a příjmení:

Telefonní číslo:

Informace o předepisujícím lékaři:

PRO VÍCE INFORMACÍ, NEBO V PŘÍPADĚ OHROŽENÍ ŽIVOTA ČI ZDRAVÍ,
PROSÍM KONTAKTUJTE MÉHO LÉKAŘE:

Jméno a příjmení:

Telefonní číslo:

Informace o léčbě:

(Vyplní Váš ošetřující lékař)

Od (datum) _____ začal tento
**pacient léčbu získané trombotické trombocytopenické purpury (aTTP)
přípravkem CABLIVI (caplacizumab).**

CABLIVI 10 mg prášek a rozpouštědlo pro přípravu injekčního roztoku.

- Po dobu léčby mějte tuto kartu vždy při sobě.
- Ukažte tuto kartu Vašemu zdravotnickému pracovníkovi (např. lékaři, zubaři, chirurgovi) před zahájením jakékoliv léčby případně před zákrokem.
- Přečtěte si prosím pozorně příbalovou informaci dostupnou na <http://www.olecich.cz>, po zadání názvu léčivého přípravku, pod zkratkou PIL.
- Kontaktujte prosím Vašeho lékaře v případě výskytu jakýchkoliv neobvyklých symptomů.

<Verze: 2.0>

<Schváleno SÚKL: xx/2020>