

## כרטיס מידע בטיחותי למטופל/ת

### מידע בטיחותי חשוב למטופלים המקבלים סוליריס (אקוליזומאב)



הטיפול בסוליריס עלול להוריד את היכולת של המערכת החיסונית שלך להילחם בזיהומים, במיוחד זיהום של דלקת קרום המוח, אשר דורש התייחסות רפואית מיידי.

אם את/ה מרגיש/ה אחד מהסימפטומים הבאים, עליך להתקשר מיד אל הרופא/ה המטפל/ת או לפנות למחלקת רפואה דחופה בבית חולים (מיון) או אל מוקד לרפואת חירום:

- כאב ראש המלווה בבחילה או הקאות
- כאב ראש המלווה בקשיון עורף או גב
- חום
- פריחה
- בלבול
- כאבים עזים בשרירים המלווים בתופעות המזכירות שפעת
- רגישות העיניים לאור

קבל/י מיד עזרה רפואית אם הופיעו  
סימנים אלו והצג/הציגי כרטיס זה.



**שמור/שימרי כרטיס זה עמך כל העת** במהלך הטיפול ובמשך שלושה חודשים לאחר קבלת הטיפול האחרון בסוליריס. הסיכון שלך להופעת דלקת קרום המוח יכול להימשך מספר שבועות לאחר הטיפול האחרון בסוליריס.

## מידע לרופא/ה המטפל/ת

- למטופל/ת זה/ו נרשם טיפול בסוליריס (אקוליזומאב), אשר מגביר את רגישותו/ה של המטופל/ת להידבקות בדלקת קרום המוח (Neisseria meningitidis) או בזיהומים כלליים אחרים.
- כל המטופלים מחויבים להיות מחוסנים לפחות שבועיים טרם קבלת סוליריס. מטופלים אשר מתחילים טיפול בסוליריס פחות משבועיים לאחר קבלת חיסון מנינגוקוק, חייבים לקבל אנטיביוטיקה פרופילקטית מתאימה למשך שבועיים לאחר קבלת החיסון.
- המטופלים חייבים לקבל חיסונים וחיסונים חוזרים בהתאם לתדריך החיסונים של משרד הבריאות.
- זיהומים מנינגוקוקליים עשויים להפוך במהירות למסכני חיים או קטלניים אם אינם מזהמים ומטופלים בשלב מוקדם.
- יש להעריך מיידית אם יש חשד לזיהום ולטפל באנטיביוטיקה מתאימה אם נדרש.
- התקשר/י לרופא/ה שרשם/ה סוליריס (כמצוין מטה) במהירות האפשרית.

למידע נוסף אודות סוליריס, יש לעיין בעלון לרופא של סוליריס כפי שאושר ע"י משרד הבריאות הישראלי. במקרה שמתעוררות בעיות בטיחות, יש ליצור קשר בטלפון 1-800-250-255 או לשלוח דוא"ל לכתובת: [drugsafety@neopharmgroup.com](mailto:drugsafety@neopharmgroup.com)

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_

בית החולים בו ניתן הטיפול: \_\_\_\_\_

שם הרופא/ה: \_\_\_\_\_

מספר טלפון: \_\_\_\_\_

תאריך מתן החיסון: \_\_\_\_\_

## תאריך תחילת הטיפול בסוליריס:

## מידע אודות חיסון מנינגוקוק:

| שם החיסון | קבוצת הזן של החיסון (Serogroup) | מספר המנה | תאריך | מנה ראשונה/ חיסון חוזר (בוסטר) | מתן אנטיביוטיקה פרופילקטית, אם ניתן טיפול בסוליריס פחות משבועיים לאחר קבלת חיסון           |
|-----------|---------------------------------|-----------|-------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                                 |           |       |                                | <input type="checkbox"/> לא רלוונטי<br><input type="checkbox"/> כן, תאריך התחלת מתן: _____ |
|           |                                 |           |       |                                | <input type="checkbox"/> לא רלוונטי<br><input type="checkbox"/> כן, תאריך התחלת מתן: _____ |
|           |                                 |           |       |                                | <input type="checkbox"/> לא רלוונטי<br><input type="checkbox"/> כן, תאריך התחלת מתן: _____ |