

VIKTIG INFORMATION

ILARIS® (kanakinumab), 150 mg subkutan injektion

**För behandling av periodiska febersyndrom:
Kryopyrinassocierade periodiska syndrom (CAPS)
Tumörnekrosfaktorreceptorassocierat periodiskt syndrom (TRAPS)
Hyperimmunoglobulin D-syndrom (HIDS)/
Mevalonatkinasbrist (MKD)
Familiär medelhavsfeber (FMF)**

Frågor om Novartis läkemedel?

Novartis Läkemedelsinformationsavdelningen
tel. 010 6133 210, medinfo.nordics@novartis.com

Du kan rapportera biverkningar direkt via det nationella rapporterings-systemet: Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea, Biverkningsregistret, PB 55, 00034 FIMEA. **www.fimea.fi**

Du kan också rapportera biverkningar direkt till innehavaren av försäljningstillståndet: Novartis Finland Oy, Esbo
tel. 010 6133 200, **www.novartis.fi**

Innan behandling med kanakinumab påbörjas

- **Infektioner:** Du ska inte behandlas med kanakinumab om du har en aktiv infektion som kräver medicinsk intervention.
- **Vaccinationer:** Om du måste vaccineras, tala med din läkare innan behandling med kanakinumab påbörjas.

Under behandling med kanakinumab

- **Risk för infektioner:** Användning av kanakinumab är förenad med en ökad risk för infektioner. Detta inkluderar även allvarliga infektioner.
- Om du utvecklar en infektion kan det vara att din behandling med kanakinumab kommer att avbrytas. Informera din läkare omedelbart om du har feber som varar längre än 3 dagar eller har andra symptom som kan bero på infektion.
- Kontakta en läkare **omedelbart** om du får någon av följande biverkningar:
 - ihållande feber, hosta eller huvudvärk, eller
 - lokal hudrodnad, värmekänsla eller hudsvullnad, eller
 - ihållande hosta, viktnedgång eller lindrig feber
- **Graviditet:** Om du har fått kanakinumab medan du var gravid, är det viktigt att du informerar barnets läkare eller annan sjukvårdspersonal innan vaccinationer ges till ditt barn. Ditt barn ska inte få levande vacciner förrän tidigast 16 veckor efter att du ick din sista dos av kanakinumab medan du var gravid.

Indikation:

Ta också med dig **EN FÖRTECKNING ÖVER ALLA DINA MEDICINER** till varje besök inom sjukvården.

Patientens namn: _____

För barn: Föräldrars/vårdnadshavares namn: _____

Datum för första dosen kanakinumab: _____

Dos kanakinumab administrerad: _____

Läkarens namn: _____

Läkarens tel: _____