## MIN INFORMATION

Patientens namn: _____

Patientens födelsedatum (DD/MM/ÅÅÅÅ): ____/____/____

Patientens telefonnummer: _____

Nödkontakt (namn): _____

Nödkontakt (telefonnummer): _____

## MINA BEHANDLINGSDETALJER

Vänligen fyll i detta avsnitt eller be din läkare att göra det.

**Startdatum** (DD/MM/ÅÅÅÅ): ____/____/____

Ej applicerbart ☐

**Slutdatum** (DD/MM/ÅÅÅÅ): ____/____/____

## MINA BLOD RESULTAT

Resultat från blodprov taget innan isatuximab den:

Blodtyp: ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ Rh+ ☐ Rh-

____/____/____ (DD/MM/ÅÅÅÅ)

Resultatet av mitt indirekta antiglobulintest (indirekt Coombs test) var:

☐ Negativt ☐ Positivt för följande antikroppar: _____

## MIN LÄKARES INFORMATION

Vid nödsituation eller om du hittar detta kort, vänligen kontakta min läkare med hjälp av information nedan.

Läkarens namn: _____

Läkarens telefonnummer: _____

Riskhanteringsmaterial, version 6, godkänt 06/2026 (Fimea)
(VV-PV-0645141)

sanofi

# PATIENTKORT ISATUKSIMAB

## TILL PATIENTER SOM FÅR SARCLISA (ISATUXIMAB)

- Ge detta kort till hälso- och sjukvårdspersonal **före** blodtransfusion.
- Ha detta kort med dig hela tiden **6 månader** efter sista dosen av isatuximab.
- Du kan hjälpa till genom att rapportera alla biverkningar som du får. Om du får biverkningar, tala med läkare eller apotekspersonal. Du kan också rapportera biverkningar direkt (se detaljer nedan).
  - Fimea, Biverkningsregistret, PB 55, 00034 FIMEA, www.fimea.fi eller
  - Sanofi Oy, pharmacovigilance.finland@sanofi.com, tel: 0201 200 300. Genom att rapportera biverkningar kan du bidra till att öka informationen om läkemedlets säkerhet.
- Se **bipacksedeln** för ytterligare information om isatuximab.

## VARNING FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL

- Vänligen observera att patienten får behandling med **SARCLISA (isatuximab).**
- Detta patientkort innehåller viktig säkerhetsinformation som du måste vara medveten om före, under och efter behandling med isatuximab.
- Behandling med isatuximab binder till CD38 på erytrocyter och är förknippad med **risk för interferens med blodgruppsbestämning (positivt indirekt Coombs test),** som kan kvarstå i 6 månader efter den sista isatuximab-administreringen.
- För att undvika potentiella problem vid erytrocyttransfusion bör du utföra blodgruppsbestämning och screeningtest innan den första administreringen av isatuximab. **Fenotypsbestämning kan övervägas enligt lokal praxis.**
- Om behandling med isatuximab redan har påbörjats och **i händelse av en planerad transfusion bör du meddela** blodtransfusions-laboratoriet att patienten får isatuximab och **risken för interferens med indirekt antiglobulintest.**
- Vänligen se **produktresumén** för ytterligare information om isatuximab.