

Verinäytteet maksan toiminnan tutkimiseksi

Joillakin STAYVEER-valmistetta käyttävillä potilailla on todettu normaalia poikkeavia tuloksia maksan toimintakokeissa. Lääkärisi kirjoittaa lähteen säännöllisiin verikokeisiin STAYVEER-hoidon aikana maksasi toiminnan muutosten tarkistamiseksi.

→ Muista käydä maksan toimintaa kartoittavassa verikokeessa joka kuukausi. Annoksen lisäyksen jälkeen otetaan ylimääräinen verinäyte 2 viikon kuluttua.

Ensimmäisen kuukausittaisen verinäytteen päivämäärä: _____



Kuukausittaisten maksakokeiden aikataulu:

tammikuu	helmikuu	maaliskuu	huhtikuu
toukokuu	kesäkuu	heinäkuu	elokuu
syyskuu	lokakuu	marraskuu	joulukuu

STAYVEER[®] bosentan

Tärkeitä turvallisuuteen liittyviä tietoja STAYVEER-valmistetta (bosentaania) käyttäville potilaille
Tämä kortti sisältää tärkeää tietoa STAYVEER-valmisteen käytöstä. Lue kortin tiedot huolellisesti ennen STAYVEER-hoidon aloittamista.

Nimesi: _____

Lääkemääräyksen antanut lääkäri: _____

Jos sinulla on kysyttävää STAYVEER-valmisteen käytöstä, käännä lääkärin puoleen.

Janssen-Cilag International NV

Jos olet nainen, joka voi tulla raskaaksi, lue tämän sivun tiedot huolellisesti

Raskaus

STAYVEER saattaa haitata sikiön kehitystä. Siksi et saa käyttää STAYVEER-valmistetta, jos olet raskaana. Et saa myöskään tulla raskaaksi STAYVEER-hoidon aikana.

Jos sairastat keuhkovaltimoiden verenpainetauti, raskaus saattaa pahentaa sairautesi oireita huomattavasti. Jos epäilet, että saatat olla raskaana, käänny lääkärin tai gynekologin puoleen.

22395524

Raskauden ehkäisy

Hormoneihin perustuva ehkäisy, kuten ehkäisytabletit, hormonipistikset, implantaatit tai ehkäisyalaistarit, eivät ole luotettavia ehkäisymenetelmiä STAYVEER-hoidon aikana. Sinun on käytettävä ehkäisyyn hormonaalisen ehkäisyn lisäksi estemenetelmää, kuten kondomia, pessaria tai ehkäisykierrettä. Jos sinulla on kysyttävää, käänny lääkärin tai gynekologin puoleen. Täytä tämän kortin takakannessa olevat tiedot ja ota kortti mukaasi käydessäsi seuraavan kerran lääkärin tai gynekologin vastaanotolla.

Sinulle on tehtävä raskaustesti ennen STAYVEER-hoidon aloittamista ja kuukausittain hoidon aikana, vaikka et mielestäsi olisikaan raskaana.

Ensimmäisen kuukausittaisen raskaustestin päivämäärä: _____

Ehkäisy

Käytätkö parhaillaan raskauden ehkäisyä?

Käytän En käytä

Jos käytät, merkitse alle käyttämäsi ehkäisyvalmisteen nimi: _____

Ota tämä kortti mukaasi käydessäsi seuraavan kerran lääkärin tai gynekologin vastaanotolla, jotta hän voi antaa neuvoja siitä, tarvitsetko lisäehkäisyä tai onko ehkäisy vaihdettava toiseen ehkäisymenetelmään.

Card
STAYVEER

PCC: 22395524

Template Ref. Name: 3P_HPWCARD/262mm5x35/V1
262.5x35

Tech. info/Spec: N/A

Market: FI-NO-SE

Mat. ID Code: N/A

File Name: 22395524.ai
(CC-PC)

Product Artwork CoE



Shared mailbox: RA-JANBE-GRAPHDES@its.jnj.com

<input type="checkbox"/>	PMS 7463	<input type="checkbox"/>	Cutting (not to be printed)	Date (Designer)
<input type="checkbox"/>	PMS 389	<input type="checkbox"/>		1. 03-SEP-21 (Laxmi)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		2. 13-SEP-21 (Laxmi)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		