

Veillez lire le Résumé des Caractéristiques du Produit concernant le risque de saignement et sa prise en charge clinique.

- CABLIVI® cible le domaine A1 du facteur Willebrand (FW).
- La prise en charge médicale et son suivi doivent prendre en compte le risque accru de saignement potentiellement grave qui est associé à la prise de CABLIVI®.
- Le traitement par CABLIVI® doit être interrompu au moins 7 jours avant une intervention chirurgicale programmée.
- En cas d'urgence, l'utilisation de concentré de facteur Willebrand (FW) peut être envisagée pour corriger l'hémostase.
- Pour plus d'informations sur le produit et d'autres informations, consultez la notice dans la boîte de votre médicament ou sur la base de données publique des médicaments <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr> ou sur le site <http://nosmedicaments.sanofi.fr/>

CABLIVI® 10 mg, poudre et solvant pour solution injectable.

SANOFI GENZYME 

- Conservez toujours cette carte sur vous lorsque vous êtes sous traitement.
- Montrez cette carte à votre professionnel de santé (p. ex. médecin, chirurgien-dentiste ou chirurgien) avant tout traitement médical ou toute intervention.
- Veuillez lire attentivement la notice.
- Veuillez contacter votre médecin si vous présentez des symptômes inhabituels.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice d'information. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère chargé de la santé www.signalement-sante.gouv.fr.

Pour plus d'information, consulter la rubrique « Déclarer un effet indésirable » sur le site Internet de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

CARTE DE SURVEILLANCE PATIENT

Diffusé sous l'autorité de l'ANSM.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.

7000023818 - 01/2019 Version 1 - Janvier 2019

Cablivi
caplacizumab

INFORMATION SUR LE PATIENT

Nom:

En cas d'urgence, veuillez contacter:

Nom:

Numéro de téléphone:

INFORMATION SUR LE MÉDECIN HOSPITALIER DE REFERENCE

Pour plus d'informations ou en cas d'urgence,
veuillez contacter mon médecin:

Nom:

Numéro de téléphone:

INFORMATION SUR LE TRAITEMENT

(à remplir par votre médecin)

Le *(date)* _____ ce patient
a débuté un traitement par CABLIVI® (caplacizumab) pour traiter
un purpura thrombotique thrombocytopénique acquis (PTTa).