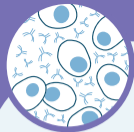




CHER PATIENT RECEVANT SARCLISA® (ISATUXIMAB)

MISES EN GARDE À L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



INFORMATION SUR MON MEDECIN

En cas d'urgence, ou si vous trouvez cette carte, merci de contacter mon médecin en utilisant les contacts ci-dessous

Nom du médecin :

Numéro de téléphone :

- Fournir cette carte aux professionnels de santé **avant** toute transfusion sanguine.
- Conserver cette carte sur vous à tout moment et jusqu'à **6 mois** après la dernière dose d'isatuximab.

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

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère.

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'informations, demandez au professionnel de santé de vous remettre la notice présente dans la boîte de votre médicament.

- Veuillez noter que ce patient reçoit un traitement **par SARCLISA® (isatuximab)**.
- Isatuximab se lie au CD38 sur les globules rouges (GR) et est associé à un **risque d'interférence avec le test indirect à l'antiglobuline (test de Coombs indirect)**, qui peut persister environ 6 mois après la dernière perfusion d'isatuximab.
- Si le traitement par isatuximab a été initié et dans **l'éventualité d'une transfusion programmée, vous devez informer** l'établissement de transfusion sanguine que le patient est traité par isatuximab et **du risque associé d'interférence avec les tests indirects à l'antiglobuline**.
- En cas de besoin urgent de transfusion, des unités, de GR ABO/RhD compatibles, n'ayant pas été soumis à l'épreuve directe de compatibilité peuvent être administrées conformément aux pratiques locales des centres de transfusion sanguines.
- Pour plus d'informations, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit, sur la base de données publique des médicaments <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr> ou sur le site de l'EMA <http://www.ema.europa.eu/>


SARCLISA®
(isatuximab)

CARTE D'ALERTE
PATIENT



MES INFORMATIONS

Nom du patient :

Date de naissance (JJ / MM / AAAA) :

Numéro de téléphone :



DÉTAILS SUR MON TRAITEMENT

Merci de compléter cette section ou de demander à votre médecin de le faire.

Date d'initiation :

(JJ / MM / AAAA)

Date de fin :

(JJ / MM / AAAA)



MES TESTS SANGUINS

Avant de commencer mon traitement par isatuximab, les résultats de mes tests sanguins collectés le :

(JJ / MM / AAAA)

Groupe sanguin étaient

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB
<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> Rh+	<input type="checkbox"/> Rh-

Le résultat de mon test indirect à l'antiglobuline (Test de Coombs indirect) était :

<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif pour les anticorps suivants :	<input type="text"/>
----------------------------------	--	----------------------

