

# ENBREL® PASSEPORT PATIENT

Importantes informations de  
sécurité concernant votre  
traitement par Enbrel® (étanercept)

**Enbrel®**  
**Etanerceptum**

## TABLE DES MATIÈRES

Points à observer avant l'utilisation du produit .....	3
Informez votre médecin de votre traitement par Enbrel® .....	4
Infections.....	6
Vos médicaments .....	8
Protocole des numéros de lot.....	10
Médecin traitant .....	14
Informations destinées aux patients .....	15

## POINTS À OBSERVER AVANT L'UTILISATION DU PRODUIT

Ce passeport patient contient d'importantes informations de sécurité dont vous devez tenir compte avant le début du traitement par Enbrel® et pendant celui-ci. Si vous ne comprenez pas ces informations, demandez à votre médecin de vous les expliquer.

- Présentez cette carte à chaque médecin impliqué dans votre traitement.
- Vous trouverez de plus amples informations dans la notice d'emballage d'Enbrel®.
- Gardez ce passeport patient sur vous pendant encore au moins 2 mois après la prise de la dernière dose d'Enbrel® car des effets secondaires peuvent survenir après la dernière dose d'Enbrel®.

## INFORMEZ VOTRE MÉDECIN DE VOTRE TRAITEMENT PAR ENBREL®

- avant une intervention chirurgicale importante (y compris dentaire),
- en cas d'infection, de fièvre persistante, d'inflammations de la gorge, d'hématomes, de saignements ou de pâleur et indiquez-lui qu'un dépistage de la tuberculose est nécessaire,
- en cas de réactions allergiques, telles que sensation d'oppression dans la poitrine, respiration sifflante, étourdissement ou éruption cutanée,
- en cas de signes d'une faiblesse cardiaque (insuffisance cardiaque), tels qu'un essoufflement durant la nuit ou lors d'un effort, une toux nocturne, un gonflement au niveau des chevilles, une sensation de pression au niveau du cou/ventre, une coloration bleutée des ongles/lèvres,

- si vous désirez avoir un enfant, êtes enceinte ou allaitez. Il est recommandé d'attendre 16 semaines après la dernière dose reçue par la mère ou la future mère. Avant d'administrer des vaccins vivants à des nourrissons ayant été exposés *in utero* à Enbrel®, à moins que les taux sériques d'Enbrel® ne soient indétectables chez le nourrisson ou que le bénéfice de la vaccination ne soit nettement supérieur au risque théorique associé à l'administration de vaccins vivants aux nourrissons. L'allaitement doit être interrompu pendant le traitement ou le traitement pendant l'allaitement.
- avant toute vaccination et avant de prendre d'autres médicaments, même en automédication.

*Remarque importante: Cette liste n'est pas exhaustive. Veuillez consulter l'information destinée aux patients et/ou demander conseil à votre médecin, à votre pharmacien ou à un membre du personnel soignant.*

## INFECTIONS

**Enbrel® est susceptible d'augmenter le risque d'infections.  
Ces infections peuvent aussi être de nature grave.**

- Vous ne devez donc pas utiliser Enbrel® si vous avez une infection. En cas de doute, demandez conseil à votre médecin.
- Si vous développez des symptômes indiquant une infection tels qu'une fièvre, une toux persistante, une perte de poids ou une apathie, consultez immédiatement un médecin.
- Une recherche de tuberculose (TB) doit être effectuée avant de commencer le traitement. Demandez à votre médecin d'indiquer ci-dessous la date et les résultats de votre dernier dépistage de la TB:

Test	Date	Résultat
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## VOS MÉDICAMENTS

**Demandez à votre médecin de vous dresser la liste des autres médicaments que vous prenez qui pourraient accroître votre risque d'infection.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## PROTOCOLE DES NUMÉROS DE LOT

**Il est important que vous documentiez les numéros de lot imprimés sur l'emballage pour toutes les formes d'administration d'Enbrel®:**

**J'utilise:**

- la seringue pré-remplie Enbrel®
- le stylo pré-rempli Enbrel® MYCLIC®
- le lyophilisat Enbrel®

Date de l'administration

Numéro de lot

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## PROCOLE DES NUMÉROS DE LOT

Date de l'administration    Numéro de lot

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Date de l'administration    Numéro de lot

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## MÉDECIN TRAITANT

Nom:

---

Adresse:

---

---

Numéro de téléphone:

---

Numéro de fax:

---

## INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT / LA PATIENTE

Nom:

---

Adresse:

---

---

Numéro de téléphone:

---

Date de naissance:

---





**Pfizer AG**  
Schärenmoosstrasse 99  
Postfach  
8052 Zürich

PP-ENB-CHE-0662 Dez 2023