

ENBREL[®] PASSAPORTO DEL PAZIENTE

Importanti informazioni sulla
sicurezza per il suo trattamento
con Enbrel[®] (etanercept)

Enbrel[®]
Etanerceptum

INDICE

| | |
|---|----|
| Di che cosa occorre tener conto prima dell'impiego..... | 3 |
| Informi il suo medico sulla terapia con Enbrel®..... | 4 |
| Infezioni | 6 |
| I suoi medicinali | 8 |
| Protocollo dei numeri di lotto..... | 10 |
| Medico curante | 14 |
| Informazioni sul paziente..... | 15 |

DI CHE COSA OCCORRE TENER CONTO PRIMA DELL'IMPIEGO

Questo passaporto contiene importanti informazioni sulla sicurezza, di cui deve tenere conto prima e durante il trattamento con Enbrel®. Se ha difficoltà a comprendere queste informazioni, chieda spiegazioni al suo medico.

- Faccia vedere questa scheda a tutti i medici coinvolti nel suo trattamento.
- Ulteriori informazioni si trovano nel foglietto illustrativo di Enbrel®.
- Porti con sé questo passaporto del paziente per ulteriori 2 mesi dopo l'ultima dose di Enbrel®, poiché possono manifestarsi effetti collaterali anche dopo l'ultima dose.

INFORMI IL SUO MEDICO SULLA TERAPIA CON ENBREL®

- prima di un importante intervento chirurgico (anche odontoiatrico);
- in caso di infezioni, febbre persistente, infiammazione della gola, ematomi, emorragie o pallore; informi anche il suo medico che deve sottoporsi ad accertamenti per la tubercolosi;
- in caso di reazioni allergiche, p. es. senso di costrizione al petto, respiro sibilante, confusione o eruzione cutanea;
- in presenza di segni di insufficienza cardiaca, come fiato corto durante la notte o sotto sforzo, tosse notturna, gonfiore delle caviglie, sensazione di oppressione nella zona della gola/dell'addome, colorazione bluastra delle unghie/delle labbra;

- se desidera avere un bambino, è incinta o sta allattando. Si raccomanda di attendere 16 settimane dopo l'ultima dose di Enbrel® somministrata alla madre prima di somministrare vaccini vivi ai neonati esposti a Enbrel® *in utero*, salvo che i livelli di Enbrel® nel siero del neonato non siano rilevabili o che il beneficio della vaccinazione superi chiaramente il rischio teorico della somministrazione di vaccini vivi al neonato; è necessario interrompere l'allattamento durante il trattamento o il trattamento durante l'allattamento;
- prima di farsi vaccinare e prima di assumere altri medicinali, anche se acquistati di sua iniziativa.

Avvertenza importante: questo elenco non è esaustivo. Consulti l'informazione destinata ai pazienti e/o chieda consiglio al suo medico, farmacista o infermiere.

INFEZIONI

Enbrel® può aumentare il rischio di contrarre infezioni, che potrebbero anche essere gravi.

- Se ha un'infezione, non usi Enbrel®. Se ha dei dubbi, si rivolga al suo medico.
- Se sviluppa sintomi che potrebbero indicare un'infezione, come febbre, tosse persistente, perdita di peso o apatia, deve richiedere subito assistenza medica.
- Prima di iniziare la terapia deve sottoporsi ad accertamenti per la tubercolosi (TB). Chieda al suo medico di annotare in questa sezione le date e i risultati dei suoi ultimi esami per la TB.

Test

Data

Risultato

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

I SUOI MEDICAMENTI

Chieda al suo medico di elencare gli altri medicinali che assume e che potrebbero aumentare il rischio di contrarre infezioni.

PROTOCOLLO DEI NUMERI DI LOTTO

È importante protocollare i numeri di lotto stampati sulla confezione di tutte le dosi di Enbrel® somministrate.

Io uso:

- Siringa preriempita Enbrel®**
- Penna preriempita Enbrel® MYCLIC®**
- Enbrel® liofilizzato**

Data della
somministrazione

Numero di lotto

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

PROTOCOLLO DEI NUMERI DI LOTTO

Data della
somministrazione

Numero di lotto

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Data della
somministrazione

Numero di lotto

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

MEDICO CURANTE

Nome:

Indirizzo:

Numero di telefono:

Numero di fax:

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

Nome:

Indirizzo:

Numero di telefono:

Data di nascita:



Pfizer AG
Schärenmoosstrasse 99
Postfach
8052 Zürich

PP-ENB-CHE-0663 Dez 2023