

SOLIRIS® PATIENTKORT



Viktig säkerhetsinformation för patienter som behandlas med SOLIRIS® (ekulizumab)

SOLIRIS® kan nedsätta ditt naturliga immunförsvar och göra dig mer mottaglig för infektioner, **speciellt för meningokockinfektion, som kräver omedelbar läkarvård.**

Om du upplever något av följande symtom, ska du **omedelbart ringa din läkare eller söka akutvård, helst hos en större akutmottagning:**

- huvudvärk med illamående eller kräkningar
- huvudvärk med stel nacke eller rygg
- feber
- hudutslag
- förvirring
- svår muskelvärk i kombination med influensaliknande symtom
- ljuskänsliga ögon



Sök omedelbart akutvård om du har något av dessa symtom och visa dem detta kort.

Bär alltid med dig detta kort under behandling och i 3 månader efter din sista dos med SOLIRIS®. Risken för meningokockinfektion kan fortsätta i flera veckor efter din sista SOLIRIS®-dos.

Information till läkaren

- Den här patienten har ordinerats SOLIRIS® (ekulizumab)-behandling, vilket ökar patientens mottaglighet för meningokockinfektion (*Neisseria meningitides*) eller andra allmänna infektioner.
- Alla patienter måste vaccineras mot meningokockinfektioner minst två veckor före insättning av SOLIRIS®. Patienter som inleder behandling med SOLIRIS mindre än 2 veckor efter att ha fått meningokockvaccin måste behandlas med lämpliga profylaktiska antibiotika fram till 2 veckor efter vaccinationen.
- Patienter måste vaccineras och omvaccineras i enlighet med gällande nationella riktlinjer för vaccinering.
- Meningokockinfektion kan snabbt bli livshotande eller dödlig om den inte känns igen och behandlas tidigt.
- **Utvärdera omedelbart vid misstanke om infektion och behandla med lämpliga antibiotika vid behov.**
- Kontakta förskrivande läkare (nedan) så snart som möjligt.

För ytterligare information om SOLIRIS®, se den fullständiga produktresumén som finns på <https://lakemedelsverket.se/LMF> eller kontakta följande e postadress: medinfo.EMEA@alexion.com.
För säkerhetsrelaterade frågor, ring: 08-506 30 762.

Patientens namn _____

Sjukhus där patienten behandlas _____

Läkarens namn _____

Telefonnummer _____

Vaccinationsdatum: _____

SOLIRIS®, datum för behandlingsstart: _____

Information om meningokockvaccination:

Vaccin, produkt-namn	Vaccin, serogrupp	Dos nummer	Datum	Grund vaccination / påfyllnadsdos	Administrerad antibiotikapofylax om Soliris sätts in mindre än 2 veckor efter vaccination
					☐ Icke-relevant ☐ Ja, startdatum: _____
					☐ Icke-relevant ☐ Ja, startdatum: _____
					☐ Icke-relevant ☐ Ja, startdatum: _____