

Information till hälso- och sjukvårdspersonal

- CABLIVI är indicerat för behandling av förvärvad trombotisk trombocytopen purpura, tillsammans med plasmabyte och immunosuppressiv behandling.
- CABLIVI hämmar interaktionen mellan von Willebrandfaktorn och trombocyter.
- CABLIVI kan öka risken för blödning, inklusive allvarlig blödning.
- Fall av allvarlig blödning, inklusive potentiellt livshotande och dödlig blödning, har rapporterats, främst hos patienter som samtidigt använt trombocyttaggregationshämmare eller antikoagulantia.
- CABLIVI ska användas med försiktighet hos patienter med underliggande sjukdomar som är förknippade med blödningsrisk.
- I händelse av kliniskt signifikant blödning kan användning av von Willebrandfaktor-koncentrat övervägas för att korrigera hemostasen.
- Behandling med CABLIVI bör avbrytas 7 dagar före elektiv kirurgi.
- Se den lokala produktresumén för fullständig information.

Information till patienter

- Bär alltid det här kortet med dig medan du genomgår behandling med CABLIVI och i en vecka efter din sista dos.
- Användning av CABLIVI kan öka risken för blödning (inklusive potentiellt livshotande och dödlig blödning).
- Kontakta din läkare omedelbart om någon av följande biverkningar uppträder: kraftig bildning av blåmärken, blöder ovanligt mycket eller upplever ovanliga symtom, såsom huvudvärk, andnöd, trötthet, yrsel, svimningskänsla eller svimning under behandlingen.
- Visa alltid det här kortet för din vårdgivare, te x läkare, tandläkare eller kirurg inför all medicinsk behandling.
- Läs bipacksedeln för CABLIVI noggrant.

sanofi

Granskat av Läke-medelsverket 22-12-05 v2.0 VV-PV-0495603 Dec 2022

Cablivi
kaplacizumab

PATIENTVARNINGSKORT

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Du kan hjälpa till genom att rapportera de biverkningar du eventuellt får. Information om hur du rapporterar biverkningar finns på www.lakemedelsverket.se.

sanofi

Cablivi
kaplacizumab

Patientinformation

Namn:

I HÄNDELSE AV NÖDSITUATION, KONTAKTA

Name:

Telefonnummer:

Information till förskrivaren

FÖR MER INFORMATION ELLER I HÄNDELSE AV NÖDSITUATION,
KONTAKTA MIN LÄKARE:

Namn:

Telefonnummer:

Behandlingsinformation

(ska fyllas i av din läkare)

Den [datum] _____ började denna patient
behandling med CABLIVI (kaplacizumab) mot förvärvad trombotisk
trombocytopen purpura (aTTP).

(ska fyllas i av din läkare, eller av dig om du själv injicerar CABLIVI)
Behandlingens faktiska avslutningsdatum: (datum) _____