

ULTOMIRIS® PATIENTKORT



Viktig säkerhetsinformation för patienter som behandlas med ULTOMIRIS® (ravulizumab)

ULTOMIRIS® 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 och feber
- huvudvärk med stel nacke eller rygg
- feber
- feber och utslag
- förvirring
- muskelvärk i kombination med influensaliknande symptom
- ljuskänsliga ögon



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

Du ska alltid bära med dig detta kort under tiden du behandlas med ULTOMIRIS® samt 8 månader efter avslutad behandling.

Risken för meningokockinfektion kan fortsätta i flera månader efter din sista ULTOMIRIS®-dos.

Information till läkaren

- Den här patienten har ordinerats ULTOMIRIS® (ravulizumab)-behandling, vilket ökar patientens mottaglighet för meningokockinfektion (*Neisseria meningitidis*).
- Alla patienter måste vaccineras mot meningokockinfektioner minst två veckor före insättning av ULTOMIRIS®. Patienter som inleder behandling med ULTOMIRIS® mindre än 2 veckor efter att ha fått meningokockvaccin måste behandlas med lämpliga profylaktiska antibiotika fram till 2 veckor efter vaccinationen.
- Patienter måste vaccineras eller 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 ULTOMIRIS®, 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 _____

ULTOMIRIS®, datum för behandlingsstart _____

Information om meningokockvaccination:

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