



ISATUXIMAB

PATIENTKORT

sanofi

Utbildningsmaterial, version 5, juni 2026

— TILL PATIENTER SOM FÅR SARCLISA (ISATUXIMAB) —

- Ge detta kort till hälso-och sjukvårdspersonal **före** blodtransfusion.
- Ha detta kort med dig hela tiden i minst **6 månader** efter sista dosen av isatuximab.
- Du kan hjälpa till genom att rapportera de biverkningar du eventuellt får. Om du får biverkningar, tala med läkare eller apotekspersonal. Du kan också rapportera biverkningar direkt via **www.lakemedelsverket.se**. Genom att rapportera biverkningar kan du bidra till att öka informationen om läkemedlets säkerhet.
- Se **bipacksedeln** för ytterligare information om isatuximab.

— VARNING FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL —

- Vänligen observera att patienten får behandling med **SARCLISA (isatuximab)**.
- Detta patientkort innehåller viktig säkerhetsinformation som du måste vara medveten om före, under och efter behandling med isatuximab.
- Behandling med isatuximab binder till CD38 på erythrocyter och är förknippad med **risk för interferens med blodtypning (positiv indirekt Coombs test)**, som kan kvarstå i minst 6 månader efter den sista isatuximab-administreringen.
- För att undvika potentiella problem vid erytrocyttransfusion bör du utföra blodtypbestämning och screeningtest innan den första administreringen av isatuximab. **Fenotypsbestämning kan övervägas enligt lokal praxis.**
- Om behandling med isatuximab redan har påbörjats och **i händelse av en planerad transfusion bör du meddela** blodcentralen att patienten får isatuximab och **risken för interferens med indirekt antiglobulintest.**
- Vänligen se **produktresumén** för ytterligare information om isatuximab.

ISATUXIMAB



MIN INFORMATION

Patientens namn: _____

Patientens födelsedatum:
(DD/MM/ÅÅÅÅ): _____/_____/_____

Patientens telefonnummer: _____

Nödkontakt (namn): _____

Nödkontakt
(telefonnummer): _____



MINA BEHANDLINGSDETALJER

Vänligen fyll i detta avsnitt eller
be din läkare att göra det.

Startdatum
(DD/MM/ÅÅÅÅ):

____/____/____

Ej
applicerbart:

☐

Slutdatum
(DD/MM/ÅÅÅÅ):

____/____/____



MINA BLODRESULTAT

Resultat från blodprov taget innan
isatuximab den:

____/____/____
(DD/MM/ÅÅÅÅ):

Blodtyp: ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ Rh+ ☐ Rh-

Resultatet av mitt indirekta antiglobulintest (indirekt Coombs test) var:

☐ Negativt

☐ Positivt för följande antikroppar:



MIN LÄKARES INFORMATION

Vid en nödsituation eller om du hittar detta kort, vänligen kontakta min läkare med hjälp av informationen nedan

Läkarens namn: _____

Läkarens telefonnummer: _____