

بطاقة تحذير

لمتلقي العلاج الذين يتناولون بوسنتان تارو

تحتوي هذه البطاقة على معلومات هامة عن بوسنتان تارو. يجب قراءة هذه البطاقة بتمعن قبل بدء العلاج ببوسنتان تارو. يجب توجيه الأسئلة المتعلقة بـ بوسنتان تارو للطبيب.

فحص دم لوظائف (أداء) الكبد

وُجدت نتائج استثنائية في فحوصات أداء الكبد لدى عدد من متلقي العلاج الذين تناولوا بوسنتان تارو. أثناء العلاج ببوسنتان تارو، سيرسلك الطبيب لإجراء فحوص دم دورية لأجل فحص ما إذا كانت هناك تغييرات في أداء الكبد لديك.

يجب تذكّر إجراء فحص الدّم للكبد في كل شهر. بعد رفع الجرعة بأسبوعين، يجب إجراء فحص إضافي. اقرني هذه الصفحة بتمعن إذا كنت امرأة في سن الخصوبة

الحمل

قد يمسّ مستحضر بوسنتان تارو بتطوّر الجنين. لذلك، يُمنع تناول بوسنتان تارو أثناء الحمل أو حصول حمل أثناء تناول بوسنتان تارو. بالإضافة لذلك، إذا كنت تعانيين من مرض فرط ضغط الدم الرئوي، قد يفاقم الحمل أعراض مرضك بصورة كبيرة. إذا كنت تشكّين بأنك حامل، أخبري الطبيب أو الطبيب النسائي.

وسائل منع الحمل

لا تعتبر وسائل منع الحمل المعتمدة على الهرمونات، مثل وسائل منع الحمل التي يتم تناولها عبر الفم أو حبوب منع الحمل، حقن الهرمونات، الغراس أو ملصقات الجلد لمنع الحمل، موثوقة في منع الحمل لدى النساء اللاتي يتناولن بوسنتان تارو.

عليك استعمال وسيلة منع حمل عازلة مثل الكوندوم (الواقي الذكري)، العازل الأنثوي أو الإسفنجة المهبلية، بالإضافة لوسائل منع الحمل الهرمونية. اهتمي بمناقشة أي سؤال يطرأ لديك مع الطبيب أو الطبيب النسائي. يجب إجراء فحص حمل قبل بدء العلاج ببوسنتان تارو وفي كل شهر أثناء العلاج، حتى لو كنت تعتقدين بأنك لست حاملاً. أحضري معك هذه البطاقة في زيارتك القادمة لدى الطبيب أو الطبيب النسائي، لفحص ما إذا كان يجب عليك استعمال وسائل منع حمل إضافية أو طريقة أخرى لمنع الحمل. لمعلومات إضافية، يجب الاطلاع على نشرة المستهلك.

للتبليغ عن الأعراض الجانبية عبر النموذج الإنترنتي في موقع

وزارة الصحة: www.health.gov.il

أو من خلال الدخول للرابط:

<http://sideeffects.health.gov.il>

كذلك، يمكن التبليغ لشركة تارو مباشرة عبر البريد الإلكتروني:

drug.safety@taro.com

أو عبر هاتف رقم 1-800-46-46-64

تمّت المصادقة على هذه البطاقة وفق تعليمات وزارة الصحة في تشرين الثاني 2023.

يجب تعبئة البيانات في هذه البطاقة وإبرازها للطبيب
(أو الطبيب النسائي) في الزيارة القادمة

اسمك:

اسم الطبيب الذي أعطى الوصفة:

فحص الدم لوظائف (أداء) الكبد
تاريخ أول فحص شهري لأداء الكبد:

____/____/____

جدولك الزمني الشهري لفحص أداء الكبد:

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> أيلول | <input type="checkbox"/> أيار | <input type="checkbox"/> كانون الثاني |
| <input type="checkbox"/> تشرين الأول | <input type="checkbox"/> حزيران | <input type="checkbox"/> شباط |
| <input type="checkbox"/> تشرين الثاني | <input type="checkbox"/> تموز | <input type="checkbox"/> آذار |
| <input type="checkbox"/> كانون الأول | <input type="checkbox"/> آب | <input type="checkbox"/> نيسان |

وسائل منع الحمل

تاريخ أول فحص حمل شهري:

____/____/____

هل تستعملين حالياً أو تتناولين وسائل لمنع الحمل؟

نعم كلا

إذا كانت الإجابة نعم، اكتبي أسماءها هنا:

