

בוסנטן תרו 62.5 מ"ג, 125 מ"ג

כרטיס אזהרה

למטופלים הנוטלים בוסנטן תרו

כרטיס זה מכיל מידע חשוב על **בוסנטן תרו**. יש לקרוא כרטיס זה בעיון לפני תחילת הטיפול ב**בוסנטן תרו**.

שאלות לגבי **בוסנטן תרו** יש להפנות לרופא.

בדיקת דם לתפקודי כבד

תוצאות חריגות בבדיקות לתפקודי כבד נמצאו במספר מטופלים שנטלו **בוסנטן תרו**.

במהלך הטיפול ב**בוסנטן תרו**, הרופא ישלח אותך לבדיקות דם סדירות כדי לבדוק אם יש שינויים בתפקודי הכבד שלך.

יש לזכור לבצע בדיקת דם לכבד מדי חודש.

שבועיים לאחר העלאה במינון תתבצע בדיקה נוספת.

קראי עמוד זה בעיון אם את אישה בגיל הפוריות

היריון

התכשיר **בוסנטן תרו** עלול לפגוע בהתפתחות העובר. לכן, אין ליטול **בוסנטן תרו** בהיריון או להיכנס להיריון בזמן נטילת **בוסנטן תרו**. יתרה מכך, אם את סובלת ממחלת יתר לחץ דם ריאתי, היריון עלול להחמיר מאד את תסמיני המחלה שלך. אם את חושדת שאת בהיריון, ספרי לרופא או לגניקולוג.

אמצעי מניעה

אמצעי מניעה המבוססים על הורמונים, כגון אמצעי מניעה לנטילה דרך הפה או גלולות למניעת היריון, זריקות הורמונים, שתלים או מדבקות עור למניעת היריון, אינם אמינים במניעת היריון אצל נשים הנוטלות **בוסנטן תרו**.

עליך להשתמש באמצעי מניעה חוצץ כמו קונדום, דיאפרגמה או ספוגית נרתיקית, בנוסף לאמצעי מניעה הורמונליים. הקפידי לדון בכל שאלה שיש לך עם הרופא או הגניקולוג.

יש לבצע בדיקת היריון לפני תחילת הטיפול ב**בוסנטן תרו** ובכל חודש במהלך הטיפול, אפילו אם את חושבת שאת לא בהיריון.

הביאי אתך כרטיס זה לביקור הבא אצל הרופא או הגניקולוג, על מנת לבחון האם את צריכה להשתמש באמצעי מניעה נוספים או בשיטות אחרות למניעת היריון.

למידע נוסף, יש לעיין בעלון לצרכן.

לדיווח תופעות לוואי בטופס המקוון באתר משרד

הבריאות: www.health.gov.il

או ע"י כניסה לקישור:

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

כמו כן, ניתן לדווח ישירות לחברת תרו במייל:

drug.safety@taro.com

או בטלפון 1-800-46-46-64

כרטיס זה אושר בהתאם להוראות משרד הבריאות
בנובמבר 2023.

יש להשלים את הפרטים בכרטיס זה ולהראות
אותו לרופא (או לגניקולוג) בביקור הבא

השם שלך:

שם הרופא הרושם:

בדיקת דם לתפקודי כבד

תאריך בדיקת תפקודי כבד החודשית הראשונה:

_____/_____/_____

לוח הזמנים החודשי שלך לבדיקת תפקודי כבד:

ינ' מאי ספט'

פבר' יוני אוקט'

מרץ יולי נוב'

אפר' אוג' דצמ'

אמצעי מניעה

תאריך בדיקת ההיריון החודשית הראשונה:

_____/_____/_____

האם את משתמשת כעת או נוטלת אמצעי מניעה?

כן לא

אם כן, כתבי את השמות שלהם כאן:
