

מטופלים בדארזלקס:

אנא הציגו כרטיס זה לאיש הצוות הרפואי **לפני** קבלת עירוי דם.
יש לשמור כרטיס זה למשך ששה חודשים לאחר סיום הטיפול.
למידע נוסף יש לעיין בעלון לצרכן.

כרטיס זיהוי למטופל עבור דארזלקס

שם המטופל: _____

אני מקבל את התרופה הבאה:

דארזלקס - תכשיר מבוסס נוגדנים לטיפול במיאלומה נפוצה או
עמילואידוזיס מסוג AL *

תאריך סיום/הפסקת הטיפול: _____ / _____ / _____
*עבור דארזלקס 120 מ"ג/מ"ל תת עורי 1,800 מ"ג

איש/ת צוות רפואי יקר/ה,

דארטומומאב קשור לסיכון בהפרעה בבדיקת אימות סוג הדם.

מבחן קומבס עקיף (Indirect Coombs test) עלול להראות תוצאות חיוביות במטופלים הנוטלים דארטומומאב, גם בהיעדר נוגדנים לאנטיגני-דם משניים בסרום המטופל.

הסיכוי להפרעה זו עשוי להימשך עד 6 חודשים לאחר מנת הדארטומומאב האחרונה. קביעת סוג דם ABO ו-Rh של המטופל אינן מושפעות.

אם נדרש עירוי חירום, ניתן לתת RBCs תואמי ABO/RhD ללא בדיקת קומבס עקיף (שאינם Cross-matched) בהתאם לפרוטוקול/נהלי בנק הדם המקומי.

לפני תחילת טיפול בדארזלקס

תוצאות סוג הדם שלי בתאריך: _____ / _____ / _____
שנה חודש יום

סוג הדם: Rh- Rh+ O AB B A

מבחן קומבס (Coombs) עקיף (סקר נוגדנים) היה:

שלילי חיובי עבור הנוגדנים הבאים: _____

פרטי קשר של המוסד בו נערכו בדיקות הדם: _____

למידע נוסף, יש לעיין בעלון שבאריזה. ניתן לדווח על תופעות לוואי למשרד הבריאות באמצעות הטופס המקוון לדיווח על תופעות לוואי שנמצא בדף הבית של אתר משרד הבריאות: www.health.gov.il, או ע"י כניסה לקישור: <https://sideeffects.health.gov.il>, כמו כן, יש לדווח ישירות לחברת ג'ונסון & ג'ונסון ישראל 09-9591111.

זוהט יאוגל אלוט טלוצט



Darzalex 20 mg/ml IV
Darzalex 120 mg/ml SC, 1800 mg

Johnson & Johnson

כרטיס זה אושר בהתאם להוראות משרד הבריאות ביולי 2025.
גרסה 4

אוגל אלוט:

סיקוטיט גיכ וט יאוגלט גלטט סח 'טאגלט/אגולט סח:

טיטט אוטוטט אגולט סח טחל לוח אזט:
'טג סיחלט טאטט סח וט 'סוטיט טלטט

טלוצט סיחלט