

المتعالجين بـ دارزلكس:

الرجاء أبرزوا هذه البطاقة لفرد الطاقم الطبي **قبل** تلقي نقل دم.
يجب الاحتفاظ بهذه البطاقة لمدة ستة أشهر بعد إنتهاء العلاج.
لمعلومات إضافية يجب قراءة نشرة المستهلك بإمعان.

بطاقة تشخيص المتعالج بخصوص دارزلكس

إسم المتعالج: _____

أنا ألتقى الدواء التالي:

دارزلكس - مستحضر أساسه الأجسام المضادة لعلاج الورم النقوي المتعدد أو أميلويدوز
من نوع AL *

تاريخ الإنتهاء/التوقف عن العلاج: _____ / _____ / _____

* فقط لدارزلكس 120 ملغ/مل تحت الجلد، 1800 ملغ

ايش/ت צוות רפואי יקר/ה,

דאראטומומאב קשור לסיכון בהפרעה בבדיקת אימות סוג הדם.

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

הסיכוי להפרעה זו עשוי להימשך עד 6 חודשים לאחר מנת הדאראטומומאב 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.

قبل بدء العلاج بـ دارزلكس

نتائج نوع الدم الخاص بي بتاريخ: _____ / _____ / _____
سنة شهر يوم

نوع الدم: Rh- Rh+ O AB B A

إختبار كومبس (Coombs) غير المباشر (مسح الأضداد) كان:

سلبي إيجابي بخصوص الأضداد التالية: _____

بيانات الإتصال بالمؤسسة التي أجريت فيها فحوص الدم: _____

لمعلومات إضافية، يجب قراءة النشرة داخل العلبة بإمعان. بالإمكان التبليغ عن أعراض جانبية لوزارة الصحة بواسطة النموذج المباشر للتبليغ عن أعراض جانبية الموجود على الصفحة الرئيسية لموقع وزارة الصحة: www.health.gov.il، أو عن طريق تصفح الرابط: <https://sideeffects.health.gov.il>. كذلك، يجب التبليغ مباشرة لشركة جونسون & جونسون إسرائيل 09-9591111.

ድርጅቱ
ድምፅ
ሕክምናውን ይሰጣል



DARZALEX®

daratumumab

Darzalex 20mg/ml IV

Darzalex 120mg/ml SC, 1800mg

Johnson & Johnson

تمت الموافقة على هذه البطاقة وفقاً لتعليمات وزارة الصحة في تموز 2025.
نسخة 4

ጽሑፍ:

ጽሑፍ ለጽሑፍ/ጽሑፍ ለጽሑፍ ለጽሑፍ

ጽሑፍ ለጽሑፍ ለጽሑፍ ለጽሑፍ
ጽሑፍ ለጽሑፍ ለጽሑፍ ለጽሑፍ
ጽሑፍ ለጽሑፍ