

זוהו ואפגלו אזא



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



אפגל אפגל:

סימנים וזוהו ואפגל גלגל סימנים/אפגל סימנים:

סימנים אפגל אפגל סימנים אפגל אפגל
סימנים אפגל אפגל אפגל אפגל

אפגל אפגל

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

תאריך סיום/הפסקת הטיפול: _____ / _____ / _____

איש/ת 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.

לפני תחילת טיפול בדארזלקס

תוצאות סוג הדם שלי בתאריך: _____ / _____ / _____

שנה חודש יום

סוג הדם: A B AB O Rh+ Rh-

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

שלילי חיובי עבור הנוגדנים הבאים: _____

פרטי קשר של המוסד בו נערכו בדיקות הדם: _____

פורמט כרטיס זה ותוכנו עודכנו ואושרו על ידי משרד הבריאות ביולי 2021.

למידע נוסף, יש לעיין בעלון לצרכן. 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](https://sideeffects.health.gov.il), או ע"י כניסה לקישור: <https://sideeffects.health.gov.il>

כמו כן, יש לדווח ישירות לחברת יאנסן ישראל 09-9591111.