

כרטיס מידע  
בטיחותי למטופל

איקסיפי™  
100 מ"ג  
אינפליקסימאב  
(Infliximab)

הצג את הכרטיס הזה  
לכל רופא שמעורב  
בטיפול בך

### דיווח על תופעות לוואי

ניתן לדווח על תופעות לוואי למשרד הבריאות באמצעות הפורטל לדיווח תופעות לוואי אשר נמצא בדף הבית של אתר משרד הבריאות:  
[www.health.gov.il](http://www.health.gov.il)  
או ע"י כניסה לקישור:  
<https://sideeffects.health.gov.il>

ניתן לדווח על תופעות לוואי גם לפיזור במייל:  
[isr.aereporting@pfizer.com](mailto:isr.aereporting@pfizer.com)

הכרטיס אושר בהתאם להוראות משרד הבריאות בדצמבר 2022. לשם הפשטות ולהקלת הקריאה כרטיס זה נוסח בלשון זכר. על אף זאת, התרופה מיועדת לשני המינים.

10

במקרה של הריון שמרי את הכרטיס למשך 12 חודשים לפחות לאחר הלידה.

בבקשה הקפד להביא רשימה של כל התרופות הנוספות שהינך נוטל לכל ביקור אצל איש מקצוע בתחום הרפואה.

שמור את הכרטיס הזה איתך למשך ארבעה חודשים אחרי שקיבלת את המנה האחרונה של באיקסיפי™.

תופעות לוואי יכולות להופיע זמן רב לאחר שקיבלת את המנה האחרונה.

9

### הריון וחיסונים |

• אם קיבלת איקסיפי™ במהלך הריון, תינוקך עלול להיות בסיכון גבוה יותר ללקות בזיהום. חשוב לידע את הרופא של תינוקך ואנשי צוות רפואי אחרים בנוגע לשימוש שלך באיקסיפי™ לפני שהתינוק מקבל כל חיסון. אם קיבלת איקסיפי™ במהלך ההריון, אין לתת חיסונים 'חיים' לתינוקך במשך 6 חודשים מהלידה, אין לתת חיסון BCG (הנועד למנוע שחפת) לתינוקך במשך 12 חודשים מהלידה אלא אם הרופא של תינוקך ממליץ אחרת.

8

### בעיות לב |

#### לפני השימוש באיקסיפי™

• ספר לרופא אם אתה סובל מבעיות לב כלשהן, כגון אי ספיקת לב.

#### במהלך הטיפול עם איקסיפי™

• דווח מיד לרופא שלך אם אתה חווה תסמינים חדשים או החמרה בתסמינים קיימים של אי ספיקת לב במהלך הטיפול באיקסיפי™. התסמינים האלה כוללים קוצר נשימה, התנפחות של הרגליים או שינויים בקצב הלב.

7



פיזור פרמצבטיקה ישראל בע"מ, רח' שנקר 9, הרצליה פיתוח  
טל': 09-9700500 פקס: 09-9700501

כרטיס מידע  
בטיחותי למטופל

**איקסיפימ™**  
100 מ"ג

אינפליקסימאב  
(Infliximab)

הצג את הכרטיס הזה לכל  
רופא שמעורב בטיפול בך

1

כרטיס המידע הבטיחותי למטופל  
מכיל מידע בטיחותי חשוב שאתה  
צריך לדעת לפני תחילת הטיפול  
באיקסיפימ™, ובמהלכו.

מטופל: \_\_\_\_\_

רופא: \_\_\_\_\_

מספר טלפון: \_\_\_\_\_

חשוב שאתה והרופא שלך תרשמו  
את השם המסחרי של התרופה  
שאתה מקבל ואת מספר האצווה  
של המנה.

2

תאריך תחילת הטיפול באיקסיפימ™: \_\_\_\_\_

תאריכי קבלת התרופה במחזור  
הנוכחי: \_\_\_\_\_

כאשר אתה מתחיל כרטיס חדש,  
בבקשה שמור את הכרטיס הזה  
למשך ארבעה חודשים נוספים  
לעיון במקרה הצורך.

קרא בעיון את 'העלון לצרכן' של  
איקסיפימ™ לפני שאתה מתחיל  
להשתמש בתרופה הזאת.

3

בקש מהרופא שלך שיתעד להלן  
את סוג ותאריך הבדיקה(ות)  
האחרונה(ות) לגילוי שחפת  
שבוצעה/ו לך:

בדיקה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

תוצאה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

רשימת רגישויות (אלרגיות) ידועות:

\_\_\_\_\_

רשימת תרופות נוספות שהינך  
נוטל: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4

**| זיהומים |**  
**לפני השימוש באיקסיפימ™**

• ספר לרופא שלך אם אתה סובל  
מזיהום כלשהו.

• חשוב מאוד שתספר לרופא  
שלך אם אי פעם חלית בשחפת,  
או אם היית במגע קרוב עם  
מישהו שחולה בשחפת או  
שחלה בשחפת בעבר. הרופא  
יבדוק אותך כדי לראות אם  
יש לך שחפת. בקש מהרופא  
שלך שיתעד על הכרטיס שלך  
את סוג ותאריך הבדיקה(ות)  
האחרונה(ות) לגילוי שחפת  
שבוצעה/ו לך.

5

• ספר לרופא שלך אם אתה חולה  
בדלקת כבד (הפטיטיס) מסוג B  
או אם ידוע לך או אם אתה חושד  
שאתה נשא של הנגיף הגורם  
למחלה הזאת.

**במהלך הטיפול עם איקסיפימ™**

• דווח מיד לרופא אם אתה סובל  
מסימני זיהום. הסימנים האלה  
כוללים חום, עייפות, שיעול  
שעלול להתמשך, קוצר נשימה,  
תסמינים דמויי שפעת, ירידה  
במשקל, הזעות לילה, שלשול,  
פצעים, הצטברות של מוגלה  
במעיים או מסביב לפי הטבעת  
(אבצס), בעיות בשיניים, או  
תחושת צריבה בזמן מתן שתן.

6