

ULTOMIRIS (ravulizumab)

Листа за проверка наменета за лекарот кој го препишува лекот

Информации за пациентот

Име _____ Датум на раѓање (дд/мм/гггг) __ / __ / __

ПРЕД ДА ЗАПОЧНЕ ТЕРАПИЈАТА СО ULTOMIRIS

1	Потврдете дека пациентот е вакциниран против менингококна инфекција (N. meningitidis) ☐ Пациентот е вакциниран против менингококна инфекција најмалку 2 недели пред започнувањето на терапија со ULTOMIRIS, освен доколку ризикот од одложување на терапијата со ULTOMIRIS го надминува ризикот од развој на менингококна инфекција. ИЛИ ☐ Пациентот е вакциниран против менингококна инфекција помалку од 2 недели пред започнувањето на терапија со ULTOMIRIS, и поради тоа пациентот е третиран со соодветни профилактични антибиотици до 2 недели по вакцинацијата.
2	Потврдете дека пациентот ќе биде ревакциниран според националните водичи за вакцинација. ☐ Рокот за вакцинација на пациентот е на: (дд/мм/гггг) __ / __ / ____ <i>Ве молиме додадете датуми за бустер дози доколку е применливо</i>
3	Советувајте ги пациентите/родителите/негувателите за следново: ☐ Ризик од менингококна инфекција, вклучувајќи ги релевантните знаци и симптоми ☐ Потребата да побараат итна медицинска помош во случај на сомнеж за менингококна инфекција ☐ Дополнителни чести знаци и симптоми на менингококна инфекција кај доенчиња и деца ☐ Потребата пациентите на возраст под 18 години да бидат вакцинирани против Haemophilus influenzae и pneumococcal infections, и строго да се следат националните препораки за вакцинација за секоја возрасна група
4	Обезбедете едукативни материјали на пациентите/родителите/негувателите. ☐ Картичка за пациентот (во хартиена форма) ☐ Водич за пациенти/родители/негуватели ☐ Упатство за употреба на лекот
5	Советувајте за важноста на Картичката за пациентот (во хартиена форма) ☐ Да ја носат Картичката за пациентот со себе за време на терапијата со ULTOMIRIS и во тек на 8 месеци по последната доза на ULTOMIRIS и истата да се покаже на секој здравствен работник кој ќе се посети

Потврдувам дека сите погоре наведени ставки се проверени пред пациентот да започне терапија со ULTOMIRIS:

Име на лекарот кој го препишува лекот

Потпис

Датум (дд/мм/гггг) __ / __ / __

