

▼ ADALİMUMAB (ÜVEİT ENDİKASYONUNDA KULLANIM İÇİN)
GÜVENLİK İZLEM FORMU *

Hastanın adı, soyadı:					
Hastanın yaşı ve cinsiyeti:					
Hastane adı ve hastanın dosya numarası:					
Hastanın tanısı ve tanı tarihi:					
Bu tedavi öncesinde ilgili tanı ve endikasyon için kullanılan ilaçlar:					
..... tedavisini endike kılan durum:					
Başlangıçta tüberküloz değerlendirmesi PPD:..... Akciğer grafisi:.....					
INH profilaksisi yapılacaksa başlangıç ve bitim tarihi:.....					
Malign veya pre-malign hastalık öyküsü:.....					
	Tarih	Verilen doz	Oluşan advers etkiler	Elde edilen olumlu etkiler	Birlikte kullanılan ilaçlar
1. uygulama					
3. aydaki cevap					
Kaçıncı uygulama olduğu					
Formun doldurulma tarihi:					
<ul style="list-style-type: none"> • Hastada halen klinik olarak aktif tüberküloz veya malignite bulunmamaktadır. • Hasta, fungal enfeksiyon gelişimi riski ve nörolojik risk yönünden değerlendirilmiştir. • Hasta, ilacın tüberküloz, lenfoma ve malignite dâhil riskleri konusunda uyarılmıştır. • Adalimumab uygulaması için uygun aşuların yapılması önerilmiştir. • Adalimumab tedavisi almasında medikal sakınca yoktur. 					
..... İmza Adı Soyadı (Kaşe) Reçete Eden Hekim	 İmza Adı Soyadı (Kaşe) İç Hast. Uzm. veya Çocuk Hastalıkları Uzmanı	 İmza Adı Soyadı (Kaşe) Göğüs Hast. Uzm. / Enfeksiyon Hast. Uzm. veya Pediatrik Enfeksiyon Uzm./ Pediatrik Göğüs Hast. Uzm.	
..... İmza Adı Soyadı (Kaşe) Nöroloji Uzm. veya Pediatrik Nöroloji Uzm.					

* Bu form **sadece** adalimumab içeren ilaçların üveit endikasyonu için kullanılmaktadır.

* Bu form, tedavi süresince üç ayda bir doldurulmalıdır.

* Hasta başlangıçta ve ilaç kullanıldığı sürece tüberküloz, fungal enfeksiyon, lenfoma ve malign hastalıkların gelişimi yönünden reçete eden hekimler ile göğüs hastalıkları (veya enfeksiyon hastalıkları) ve iç hastalıkları (çocuklar için çocuk hastalıkları) uzmanlarınca yakından izlenmelidir.

* Tedavi öncesi ve sonrasında hasta nörolojik olarak değerlendirilmelidir.

*Ciddi advers etki gelişmesi durumunda "TUFAM Bildirim Formu" doldurularak TUFAM'a 15 gün içinde bildirilmelidir. (Adres: S.B. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Söğütözü Mah. 2176. Sok. No:5, Tel: (0312) 218 30 00, 0800 314 00 08; Faks: (0312) 218 35 99; e-posta: tufam@titck.gov.tr)

İlacın alındığı eczanenin adı ve adresi:.....

* ▼Bu ilaç ek izlemeye tabidir. Bu üçgen yeni güvenlik bilgisinin hızlı olarak belirlenmesini sağlayacaktır. Sağlık mesleği mensuplarının şüpheli advers reaksiyonlarını bildirmeleri beklenmektedir. Raporlama yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlamaktadır.