

▼ RİTUKSİMAB 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:					
Rituksimab tedavisini endike kılan durum:					
	Tarih	Verilen doz	Oluşan advers etkiler	Elde edilen olumlu etkiler	Birlikte kullanılan ilaçlar
1. uygulama					
6. aydaki cevap					
Kaçıncı uygulama olduğu.....					
Formun doldurulma tarihi:					
<ul style="list-style-type: none">Hasta, enfeksiyon riski yönünden değerlendirilmiştir.Rituksimab içeren ilaçların uygulanması için uygun aşıların yapılması önerilmiştir.Rituksimab tedavisi almasında medikal sakınca yoktur.					
..... İmza Adı Soyadı (Kaşe) Reçete Eden Hekim		 İmza Adı Soyadı (Kaşe) İç Hastalıkları Uzmanı (Pediatrik Romatoloji veya Pediatrik Enfeksiyon veya Pediatrik İmmunoloji)		

* Bu form rituksimab içeren ilaçların kanser tanısı dışındaki kullanımları sırasında doldurulmalıdır.

* Bu form, tedavi süresince altı ayda bir doldurulmalıdır.

* Hasta başlangıçta ve ilaç kullanıldığı sürece enfeksiyon riski yönünden reçete eden hekimler ve İç Hastalıkları (Çocuklar için Pediatrik Romatoloji veya Pediatrik İmmunoloji veya Pediatrik Enfeksiyon Uzmanı) uzmanlarınca yakından izlenmelidir.

* Ciddi advers reaksiyon 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 güvenilirlik bilgisinin hızlı olarak belirlenmesini sağlayacaktır. Sağlık mesleği mensuplarının şüpheli advers reaksiyonlarını bildirmeleri beklenmektedir. Raporlama yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlamaktadır.