

▼ NATALİZUMAB* GÜVENLİK İZLEM FORMU

Hastanın adı, soyadı:			
Hastanın yaşı ve cinsiyeti:			
Hastanın tanısı ve tanı tarihi:			
Hastane adı ve hastanın dosya numarası:			
Bu tedavi öncesinde ilgili tanı ve endikasyon için kullanılan ilaçlar:			
Natalizumab tedavisini endike kılan durum:			
	Tarih	JCV İndeksi	Beyin MRG'de kuşkulu lezyon
Uygulama öncesi			
6. uygulama sonrası			
12. uygulama sonrası			
Formun doldurulma tarihi:			
<ul style="list-style-type: none">Hasta, enfeksiyon, progresif multifokal lökoensefalopati (PML) ve aktif malignite yönünden değerlendirilmiş, eşleri ve bakıcıları da dahil olmak üzere söz konusu riskler hakkında uyarılmıştır.			
İmza Adı Soyadı (Kaşe) Reçete Eden Hekim		İmza Adı Soyadı (Kaşe) İç Hastalıkları veya Enfeksiyon Hast. Uzmanı	

*Bu form, tedavi başlamadan önce ve tedavi süresince yılda bir kez doldurulmalıdır.

*Hasta başlangıçta ve ilaç kullanıldığı sürece enfeksiyon riski yönünden reçete eden hekim, iç hastalıkları uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından 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 tâbidir. Bu üçgen yeni güvenlilik bilgisinin hızlı olarak belirlenmesini sağlayacaktır. Sağlık mesleği mensuplarının şüpheli advers reaksiyonlarını bildirmeleri beklenmektedir. Raporlama yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlamaktadır.