

כרטיס אזהרה למטופל יש לשאת כרטיס זה בכל עת

שמי: _____

טופלתי **בקימריה (KYMRIAH)**, טיפול תאי-חיסוני המכיל תאי T עצמיים שעברו שינוי גנטי.

מספר אצווה: _____

תאריך הטיפול: _____

שם ופרטי קשר של הרופא המטפל בקימריה: _____

לפני מתן טיפול כלשהו, יש לפנות לרופא המטפל שלי במספר לעיל.

יש לעיין בעלון לצרכן בטרם תחילת השימוש בתכשיר.

בעת דיווח על תופעות לוואי אפשריות יש לציין את מס' האצווה המצוין לעיל.

אסור לי לתרום דם, איברים, רקמות או תאים.

מידע עבור הצוות המטפל

המטופל/ת קיבל/ה **קימריה (tisagenlecleucel)**, טיפול תאי CAR-T עצמיים. אסור למטופל/ת זה/זאת לתרום דם, איברים, רקמות או תאים.

לפני מתן טיפול כלשהו, יש להתקשר לרופא המטפל במספר שבקדמת הכרטיס

בעת דיווח על תופעות לוואי אפשריות, נא לכלול את מס' האצווה המצוין בקדמת הכרטיס. ניתן לדווח על תופעות לוואי למשרד הבריאות באמצעות הטופס המקוון לדיווח תופעות לוואי שנמצא ב: <https://sideeffects.health.gov.il>

כמו כן, באפשרותך לדווח לבעל הרישום נוברטיס ישראל בע"מ דרך safetydesk.israel@novartis.com

מסמך זה נבדק על ידי משרד הבריאות ותוכנו נבדק ואושר במרץ 2022.