ENBREL
(Etanercept)

behördlich genehmigtes Schulungsmaterial

Patientenpass

Pfizer

Dieser Patientenpass zur Anwendung von Etanercept wurde als Teil der Zulassungsauflagen erstellt. Im Rahmen des Risikomanagement-Plans wurden über die Routinemaßnahmen hinaus zusätzliche risikominimierende Maßnahmen mit der Zulassung des Arzneimittels beauflagt, um das Risiko des Auftretens von schwerwiegenden Nebenwirkungen zu reduzieren und das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Etanercept zu erhöhen.

Dieser Patientenpass ist damit verpflichtender Teil der Zulassung um sicherzustellen, dass Angehörige der Heilberufe, die Etanercept verschreiben und zur Anwendung bringen, sowie Patienten die besonderen Sicherheitsanforderungen kennen und berücksichtigen.

Dieser Pass enthält wichtige Informationen zu Ihrer Sicherheit, die Ihnen bekannt sein müssen, bevor und während Sie mit Enbrel behandelt werden. Sollten Sie zum Inhalt dieses Passes Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt.

- Zeigen Sie diesen Pass allen Ärzten, von denen Sie behandelt werden.
- Weitere Informationen finden Sie in der Enbrel-Packungsbeilage.
- Bewahren Sie diesen Pass nach der letzten Enbrel-Anwendung bitte 2 Monate auf, da Nebenwirkungen auch erst einige Zeit nach Abschluss der Behandlung mit Enbrel auftreten können.

Es ist wichtig, dass Sie und Ihr Arzt den Handelsnamen und die Chargenbezeichnung des angewendeten Arzneimittels protokollieren:

Infektionen

Enbrel kann Ihr Risiko einer Infektion, die schwerwiegend sein kann, erhöhen.

- Sie sollten Enbrel nicht anwenden, wenn Sie an einer Infektion erkrankt sind. Wenn Sie nicht sicher sind, fragen Sie Ihren Arzt.
- Wenn bei Ihnen Symptome auftreten, die auf eine Infektion hindeuten, wie z. B. Fieber, anhaltender Husten, Gewichtsverlust oder Antriebslosigkeit, suchen Sie bitte sofort einen Arzt auf.
- Bei Ihnen sollte eine Untersuchung auf Tuberkulose (Tb) durchgeführt werden. Bitten Sie Ihren Arzt, umseitig die Termine und Ergebnisse der letzten Untersuchung auf Tb zu notieren.

Test: _____

Datum: _____

Ergebnis: _____

Test: _____

Datum: _____

Ergebnis: _____

Bitten Sie Ihren Arzt, alle Ihre sonstigen Medikamente aufzulisten, die Ihr Risiko einer Infektion erhöhen können.

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)

Wenn sich bei Ihnen Symptome zeigen, die auf die Entwicklung einer Herzschwäche (Herzinsuffizienz) oder auf die Verschlechterung einer bestehenden Herzschwäche hindeuten, wie z. B. Kurzatmigkeit, geschwollene Gelenke, hartnäckiger Husten oder Erschöpfung, suchen Sie bitte sofort einen Arzt auf.

Weitere Informationen (bitte ausfüllen)

Name des Patienten: _____

Name des Arztes: _____

Telefon-Nr. des Arztes: _____