

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, Schwellung im Bereich der Sprunggelenke, hartnäckiger Husten oder Erschöpfung, suchen Sie bitte sofort einen Arzt auf.

Anwendung bei Kindern und Jugendlichen

Nepexto® darf nicht bei Kindern und Jugendlichen angewendet werden, die weniger als 62,5 kg wiegen.

Version 1, Stand Juli 2020

Weitere Informationen (bitte ausfüllen):

Name des Patienten:

Name des Arztes:

Telefonnummer des Arztes:

Version 1, Stand Juli 2020 9000000807

Patientenpass



www.bfarm.de/schulungsmaterial
www.mylan.de/de-de/products/training-materials

Nepexto® (Etanercept)

Dieser Pass enthält wichtige Informationen zu Ihrer Sicherheit, die Ihnen bekannt sein müssen, bevor und während Sie mit Etanercept 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 Packungsbeilage.
- Bewahren Sie diesen Pass nach der letzten Anwendung bitte 2 Monate auf, da Nebenwirkungen auch erst einige Zeit nach Abschluss der Behandlung auftreten können.

Es ist wichtig, dass Sie und Ihr Arzt die Chargenbezeichnung des angewendeten Arzneimittels protokollieren.

Infektionen

Etanercept kann Ihr Risiko für Infektionen erhöhen, die schwerwiegend sein können.

Sie sollten Etanercept 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, unten und umseitig die Termine und Ergebnisse der letzten Untersuchung(en) auf TB zu notieren.

Test: _____

Datum: _____

Ergebnisse: _____

Test: _____

Datum: _____

Ergebnisse

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