

Information för patienten

- Detta kort innehåller viktig säkerhetsinformation som du ska vara medveten om innan du får Caprelsa och när du är under behandling med Caprelsa.
- Visa kortet för alla läkare som är involverade i din behandling. Om du upplever några biverkningar, tala om det för din läkare, apotekspersonal eller sjuksköterska. Det gäller även biverkningar som inte finns noterade i bipacksedeln. Du kan också rapportera biverkningar direkt (se detaljer nedan). Genom att rapportera biverkningar kan du bidra till att öka informationen om läkemedels säkerhet.

Fimea, Biverkningsregistret, PB 55, 00034 FIMEA, www.fimea.fi
Sanofi Oy, drugsafety.finland@sanofi.com, Tel: 0201 200 368

Caprelsa kan orsaka en förändring av den elektriska aktiviteten i ditt hjärta kallat **QT-förlängning**, som kan ge oregelbundna hjärtslag och livshotande förändringar i hjärtrytmen.

Ett syndrom i hjärnan kallat **posteriort reversibelt encefalopatiskt syndrom (PRES; även kallat reversibelt posteriort leukoencefalopatiskt syndrom, RPLS)** kan uppstå vid användning av Caprelsa.

När du behandlas med Caprelsa ska du eller din vårdnadshavare (pediatric användning) omedelbart kontakta din vårdgivare om du:

- känner dig svag, yr eller känner hjärtat slå oregelbundet, då det kan vara symtom som har ett samband med QT-förlängning
- får huvudvärk, krampanfall, krampryckningar, känner dig förvirrad, får problem med att se eller problem med att tänka, då det kan vara symtom på PRES.

Du ska inte sluta ta Caprelsa eller ändra din dos om inte din läkare ordinerat detta.

Ring omedelbart din läkare om du tagit för många tabletter Caprelsa.

Patientkort Caprelsa® (vandetanib)

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Det kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Du kan hjälpa till genom att rapportera de biverkningar du eventuellt får. Se www.fimea.fi om hur man rapporterar biverkningar.

Se mer information om Caprelsa i bipacksedeln.
Ha alltid med dig en lista med alla dina övriga
mediciner vid läkarbesök.

Patientens namn: _____
Vårdnadshavarens namn: _____
Vårdnadshavarens tel.nr: _____
Läkarens namn: _____
Läkarens telefonnummer: _____
Startdatum för Caprelsa-behandling: _____

