

Tidpunkt	Aktivitet	Detaljer
Initial screening av patienter	Kontraindikationer	<input type="checkbox"/> Överkänslighet mot den aktiva substansen (alemtuzumab) eller mot något hjälpämne: dinatriumfosfatdihydrat (E339), dinatriumedetatdihydrat, kaliumklorid (E508), kaliumdivätefosfat (E340), polysorbit 80 (E433), natriumklorid, vatten för injektionsvätskor <input type="checkbox"/> Infektion med humant immunbristvirus (HIV) <input type="checkbox"/> Svår aktiv infektion tills den är utläkt
	Försiktighets-åtgärder vid användning	<input type="checkbox"/> Potentiella interaktioner i patientens immunsystem ska beaktas om LEMTRADA® används samtidigt med antineoplastiska eller immunsuppressiva behandlingar.
	Rekommenderad screening	<input type="checkbox"/> Utvärdera eventuell aktiv eller inaktiv ("latent") tuberkulos (TBC) (enligt lokala riktlinjer). <input type="checkbox"/> Överväg att screena patienter med hög risk för infektion av hepatit B (HBV) eller hepatit C (HCV). Iaktta försiktighet vid förskrivning av LEMTRADA® till patienter som identifierats som bärare av HBV och/eller HCV. <input type="checkbox"/> Screening för humant papillomavirus (HPV) rekommenderas före behandling och årligen efter behandling.
	Provtagning före behandlingsstart	<input type="checkbox"/> Fullständig blodstatus med differentialräkning <input type="checkbox"/> Serumkreatininnivåer <input type="checkbox"/> Sköldkörtelfunktionsprov, såsom TSH-mätningar <input type="checkbox"/> Urinanalys med mikroskopi
	Förståelse för nytta och risker	<input type="checkbox"/> Patienten har fått information om och förstått risken för allvarliga autoimmuna sjukdomar, infektioner och maligniteter, samt åtgärderna för att minimera risken (dvs. vara uppmärksam på symtom, bära med sig Patientvarningskortet och behovet av att förbinda sig till regelbunden provtagning i 48 månader efter den sista behandlingen).
6 veckor före behandling (vid behov)	Vaccinationer	<input type="checkbox"/> Det rekommenderas att patienterna har fått alla vaccinationer enligt lokala vaccinationsprogram. <input type="checkbox"/> Överväg vaccination mot varicella-zoster-virus hos antikroppsnegativa patienter innan behandling med LEMTRADA® inleds.
Under minst en månad efter behandlingen	Diet	<input type="checkbox"/> Patienten uppmanas att undvika intag av rått eller dåligt tillagat kött, mögelost och kittostar och opastöriserade mejeriprodukter två veckor före, under, och i minst en månad efter LEMTRADA®-infusion.
Omedelbart före behandling	Premedicinering	<input type="checkbox"/> Patienten ska premedicineras med kortikosteroider omedelbart före administreringen av LEMTRADA®, under de tre första dagarna i varje behandlingsomgång.
	Premedicinering för infusionsrelaterade reaktioner	<input type="checkbox"/> Utöver detta kan även premedicinering med antihistaminer och/eller antipyretika före administrering av LEMTRADA® övervägas.
	Oral profylax mot herpes	<input type="checkbox"/> Administrera 200 mg aciklovir (eller motsvarande) två gånger dagligen från den första behandlingsdagen och under minst 1 månad efter behandling med LEMTRADA®.
	Allmänt hälsotillstånd	<input type="checkbox"/> Senarelägg initieringen av behandling med LEMTRADA® hos patienter med aktiv infektion tills infektionen är under full kontroll.
Omedelbart före behandling	Graviditet och preventivmedel	<input type="checkbox"/> Säkerställ att fertila kvinnor använder effektiva preventivmedel under en behandlingsomgång med LEMTRADA® och under 4 månader efter avslutad behandlingsomgång. <input type="checkbox"/> Utför graviditetstest. Om patienten är gravid, administrera LEMTRADA® endast om den möjliga nyttan av behandlingen uppväger den möjliga risken för fostret.
	Efter infusionen	Infusion
Före behandling och under 48 månader efter sista behandlingen	Uppföljningsåtgärder	<input type="checkbox"/> Fullständig blodstatus med differentialräkning och serumkreatinin: varje månad i 48 månader efter sista behandlingen. <input type="checkbox"/> Urinanalys med mikroskopi: varje månad i 48 månader efter sista behandlingen. <input type="checkbox"/> Sköldkörtelfunktionsprov var tredje månad i 48 månader efter sista behandlingen.

(Patientens namn)

____/____/_____
(Patientens födelsedatum)

(Förskrivarens namn)

____/____/_____
(Datum)

(Patientjournalens nummer)