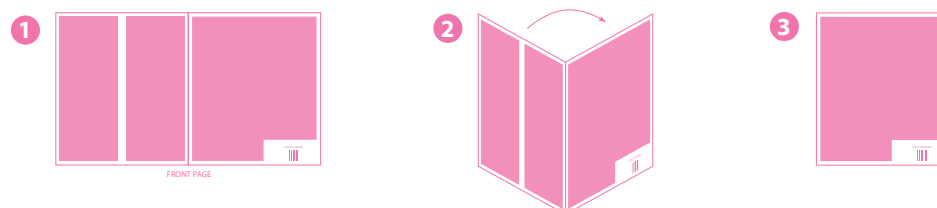


<p>Άλλες πληροφορίες (συμπληρώστε)</p> <p>Όνομα ασθενούς: -----</p> <p>Όνομα γιατρού: -----</p> <p>Τηλέφωνο γιατρού: -----</p> <p>• Να έχετε μαζί σας αυτήν την κάρτα για 2 μήνες μετά τη λήψη της τελευταίας δόσης του Benepali, δεδομένου ότι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να εμφανιστούν μετά τη λήψη της τελευταίας σας δόσης του Benepali.</p>	<p>• Ζητήστε από το γιατρό σας να παραθέσει τα άλλα φάρμακα που λαμβάνετε και τα οποία μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο που διατρέχετε να εμφανίσετε λοίμωξη.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια</p> <p>• Αν πάσχετε από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και πιστεύετε ότι τα συμπτώματά σας (π.χ. λαχάνιασμα ή πρήξιμο των ποδιών) επιδεινώνονται ή αν έχετε νέα εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων αναζητήστε αμέσως ιατρική βοήθεια.</p>	<div data-bbox="1482 407 1789 567" style="background-color: #004a99; color: white; padding: 5px; text-align: center; border-radius: 10px;"> Κάρτα Ασθενούς </div> <div data-bbox="1482 693 1789 966" style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p>ετανερσέπτη</p> </div> <div data-bbox="1580 1176 1777 1281" style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>52993-02</p>  </div>
---	---	--

FRONT PAGE



Αυτή η κάρτα περιέχει σημαντικές πληροφορίες ασφαλείας τις οποίες πρέπει να γνωρίζετε προτού σας χορηγηθεί το Benerali και κατά τη διάρκεια της θεραπείας με Benerali. Αν δεν κατανοείτε αυτές τις πληροφορίες, ζητήστε από το γιατρό σας να σας τις εξηγήσει.

- Δείξτε αυτήν την κάρτα σε οποιονδήποτε γιατρό συμμετέχει στη θεραπεία εσάς ή του παιδιού σας.

Λοιμώξεις

Το Benerali ενδέχεται να αυξήσει τον κίνδυνο που διατρέχετε να εμφανίσετε λοιμώξεις, κάτι που θα μπορούσε να καταστεί σοβαρό.

- Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείτε το Benerali αν έχετε κάποια λοίμωξη. Εάν δεν είστε σίγουροι, ρωτήστε τον γιατρό σας.
- Αν αναπτύξετε συμπτώματα ενδεικτικά λοιμώξεων, όπως πυρετό, επίμονο βήχα,

απώλεια βάρους ή νωθρότητα, αναζητήστε αμέσως ιατρική βοήθεια.

- Πρέπει να αξιολογηθείτε για λοίμωξη από φυματίωση. Ζητήστε από το γιατρό σας να καταγράψει παρακάτω όλες τις ημερομηνίες και τα αποτελέσματα του τελευταίου σας ανιχνευτικού ελέγχου φυματίωσης:

Εξέταση:

Ημ/νία:

Αποτελέσματα:

Εξέταση:

Ημ/νία:

Αποτελέσματα:

SAMSUNG
BIOEPIS

 **Biogen**[®]

BACK PAGE