



Cartão de segurança do doente

Informação de Segurança Importante para Doentes tratados com Soliris®



Soliris® pode diminuir a capacidade do seu sistema imunitário combater infeções, **especialmente infeções meningocócicas, que requerem atenção médica imediata**. Se tiver qualquer um dos seguintes sintomas, deverá contactar imediatamente o seu médico ou procurar cuidados médicos de urgência:

- Dores de cabeça com náuseas ou vómitos
 - Dores de cabeça com rigidez no pescoço ou nas costas
 - Febre
 - Irritação cutânea
 - Confusão
-
- Dores musculares fortes com sintomas do tipo gripal
 - Sensibilidade dos olhos à luz

Procure imediatamente cuidados médicos de urgência se tiver qualquer um destes sinais ou sintomas e mostre este cartão.

Mesmo que pare de utilizar Soliris®, guarde este cartão consigo durante três meses após a sua última dose de Soliris®. O seu risco de infeção meningocócica pode continuar durante várias semanas após a sua última dose de Soliris®.





Cartão de segurança do doente



Informação para o Médico

Foi prescrito tratamento com Soliris® (eculizumab) a este doente, o que aumenta a suscetibilidade do doente a infeção meningocócica (*Neisseria meningitidis*) ou a outras infeções gerais.

- As infeções meningocócicas podem colocar a vida em risco ou tornarem-se rapidamente fatais se não forem reconhecidas e tratadas precocemente.
- **Avalie de imediato se há suspeita de infeção e administre tratamento antibiótico apropriado, se necessário.**
- Contacte o médico prescritor (abaixo), assim que possível.

Para mais informações sobre Soliris®, consulte o Resumo das Características do Medicamento.

Para mais informações sobre Soliris® contacte:
medicalinformation.pt@alxn.com

Em caso de questões de segurança, contacte o seguinte ponto de contacto local:

Eurotrials Consultores Científicos SA.

Rua Tierno Galvan, Torre 3, Piso 16; 1070-274, Lisboa

Tel: +351 924154522

Os doentes em tratamento com Soliris® devem trazer este cartão sempre consigo. Mostre este cartão a qualquer médico envolvido nos seus cuidados de saúde.

Nome do doente _____

Hospital onde é tratado _____

Nome do médico _____

Contacto telefónico _____

Data de vacinação _____

