

70mm

200mm

40mm

40mm

40mm

Karta pacienta k přípravku GOBIVAZ®

Tato karta pacienta obsahuje důležité bezpečnostní informace, které potřebujete vědět před léčbou přípravkem GOBIVAZ i v jejím průběhu.
Ukažte tuto kartu každému lékaři, který Vás léčí.

1. Infekce
Pokud se léčíte přípravkem GOBIVAZ, můžete se snadněji nakazit infekcemi. Infekce mohou postupovat rychleji a mohou být závažnější. Navíc se mohou znovu objevit některé dříve prodělané infekce.

CMO code
CMO 2D code
AW-MG-0000077 (v0.3)

1.1 Před léčbou přípravkem GOBIVAZ

- Informujte svého lékaře, pokud máte nějakou infekci. Přípravkem GOBIVAZ nesmíte být léčen(a), pokud trpíte tuberkulózou (TBC) nebo jinou závažnou infekcí.
- Měl(a) byste podstoupit vyšetření na TBC. Je velmi důležité, abyste informoval(a) svého lékaře, pokud jste někdy v minulosti trpěl(a)

TBC nebo pokud jste byl(a) v blízkém kontaktu s někým, kdo měl TBC. Požádejte svého lékaře, aby níže zaznamenal typ a datum posledního/posledních vyšetření na TBC:
 Vyšetření _____
 Datum _____
 Výsledek _____

Vyšetření _____
 Datum _____
 Výsledek _____

- Informujte svého lékaře, pokud víte nebo máte podezření, že jste nosičem viru hepatitidy B.

200mm

70mm

1.2 V průběhu a po ukončení léčby přípravkem GOBIVAZ

- Neprodleně vyhledejte lékaře, pokud se u Vás objeví příznaky infekce, například horečka, únava, (přetrvávající) kašel, dušnost nebo chřipkové příznaky, úbytek tělesné hmotnosti, noční pocení, průjem, rány, problémy se zuby a pocit pálení při močení.

2. Těhotenství a vakcinace
V případě, že Vám byl podán přípravek GOBIVAZ v průběhu těhotenství, je důležité, abyste informovala dětského lékaře dříve, než bude Vašemu dítěti podána jakákoli vakcína. Vaše dítě nemá být očkováno „živou vakcínou“, například BCG (používanou k prevenci tuberkulózy) během 6 měsíců od doby, kdy Vám byla v průběhu těhotenství podána poslední injekce přípravku GOBIVAZ.

3. Data, kdy Vám byl přípravek GOBIVAZ podán

1. podání: _____
 Následná podání: _____

Je důležité, abyste Vy a Váš lékař zapsali název a číslo šarže Vašeho léku.

4. Další informace

Jméno pacienta: _____
 Jméno lékaře: _____
 Telefon lékaře: _____

- Dbejte prosím také na to, abyste při každé návštěvě lékaře u sebe měl(a) seznam všech dalších léků, které užíváte.

- Noste tuto kartu u sebe po dobu 6 měsíců po poslední dávce přípravku GOBIVAZ, protože nežádoucí účinky se mohou objevit dlouho po Vaší poslední dávce přípravku GOBIVAZ.
- Před použitím si pečlivě přečtěte příbalovou informaci GOBIVAZ před zahájením užívání tohoto léku

ADVANZ
PHARMA

AMS Component No.: AW-MG-0000077 (v0.3)
Product Description: GOBIVAZ solution for injection in pre-filled pen
Component: Medication Guide
Product Code: 106501, 106503
Country: Czechia
Vendor Name: Ivers-Lee AG
Proof Number: 0.3
Revision Date: 19-Sept-2025
Revised by: NRV

Dimension: 200 x 70 mm
Commodity No.: N/A
Pharma Code: N/A
Print Colours: Black
Non-Print Colours: Cutter & Spec box
Min. Font Size: 8 pt

PAGE 1 OF 1

Signature Page for AW-MG-0000077 v0.3

Task: IAR Regulatory Manager QC	Petrina Pearce 09-Dec-2025 14:58:49 GMT+0000
---------------------------------	---

Signature Page for AW-MG-0000077 v0.3