

70mm

40mm

40mm

200mm

**GOBIVAZ® potilaskortti**

Tämä potilaskortti sisältää tärkeää turvallisuuteen liittyvää tietoa, josta sinun täytyy olla tietoinen ennen GOBIVAZ-hoidon aloitusta ja sen aikana.

Näytä tämä kortti kaikille hoitoosi osallistuville lääkäreille.

**1. Infektiot**

Kun sinua hoidetaan GOBIVAZ-valmisteella, saatat saada infektioita herkemmin. Infektiot saattavat edetä nopeammin ja ne voivat olla vaikeampia. Lisäksi jokin aiempi infektio saattaa ilmaantua uudelleen.

CMO code  
AW-MG-0000073 (v0.4)

CMO 2D code

**1.1. Ennen GOBIVAZ-hoitoa**

- Kerro lääkärille, jos sinulla on jokin infektio. Sinua ei pidä hoitaa GOBIVAZ-valmisteella, jos sinulla on tuberkuloosi tai jokin muu vaikea infektio.
- Sinulle tehdään tuberkuloosin seulontakokeet. On erittäin tärkeää, että kerrot lääkärille, jos sinulla on joskus ollut tuberkuloosi tai jos olet joskus ollut

läheisessä kontaktissa henkilön kanssa, jolla on ollut tuberkuloosi. Pyydä lääkärinä merkitsemään tiedot seulontakokeista tähän korttiin.

Testi \_\_\_\_\_  
Päiväys \_\_\_\_\_  
Tulos \_\_\_\_\_

Testi \_\_\_\_\_  
Päiväys \_\_\_\_\_  
Tulos \_\_\_\_\_

- Kerro lääkärille, jos tiedät tai epäilet olevasi hepatiitti B -viruksen kantaja.

70mm

200mm

**1.2. GOBIVAZ-hoidon aikana ja jälkeen**

- Hakeudu välittömästi lääkärin hoitoon, jos sinulle ilmaantuu infektio-oireita, kuten kuumetta, väsymystä, (itsepintaista) yskää, hengenahdistusta tai flunssan kaltaisia oireita, painon alenemista, yöhikoilua, ripulia, haavaumia, hammasongelmia tai kirvelyä virtsatessa.

**2. Raskaus ja rokotteet**

Jos olet saanut GOBIVAZ-valmistetta raskauden aikana, on tärkeää, että kerrot siitä lastasi hoitavalle lääkärille, ennen kuin lapsesi saa mitään rokotuksia. Lapsellesi ei saa antaa elävää rokotetta, kuten BCG- rokotetta (käytetään tuberkuloosin ehkäisyyn), 6 kuukauteen raskauden aikana saamasi viimeisen GOBIVAZ-injektion jälkeen.

**3. GOBIVAZ-hoidon päivämäärät**

1. annos: \_\_\_\_\_  
Seuraavat annokset: \_\_\_\_\_

On tärkeää, että sinä ja lääkärisi kirjaatte lääkevalmisteesi kaupanimen ja eränumeron.

**4. Muuta tietoa**

Potilaan nimi: \_\_\_\_\_  
Lääkärin nimi: \_\_\_\_\_  
Lääkärin puh.no: \_\_\_\_\_

- Varmista, että sinulla on mukana luettelo kaikista muista käyttämistäsi lääkkeistä aina, kun menet vastaanotolle.
- Pidä tämä kortti mukana 6 kuukauden

ajan viimeisen GOBIVAZ-annoksen jälkeen, sillä haittavaikutuksia voi ilmaantua pitkänkin ajan kuluttua viimeisestä annoksesta.

- Lue GOBIVAZ-valmisteen pakkausseloste huolellisesti, ennen kuin aloitat lääkkeen käyttämisen.

**ADVANZ**  
PHARMA

AMS Component No.: **AW-MG-0000073 (v0.4)**

Product Description: **GOBIVAZ solution for injection in pre-filled pen**

Component: Medication Guide  
Product Code: 106486 - 106487  
Country: Finland  
Vendor Name: Ivers-Lee AG  
**Proof Number: 0.4**  
Revision Date: 05-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

Signature Page for AW-MG-0000073 v0.4

Task: IAR Regulatory Manager QC	Petrina Pearce 17-Dec-2025 15:53:57 GMT+0000
---------------------------------	---

Signature Page for AW-MG-0000073 v0.4