

70mm

40mm

40mm

200mm

**Κάρτα Υπενθύμισης Ασθενούς για το GOBIVAZ®**

Αυτή η Κάρτα Υπενθύμισης Ασθενούς περιέχει σημαντικές πληροφορίες ασφάλειας που πρέπει να γνωρίζετε πριν και κατά τη διάρκεια της θεραπείας με GOBIVAZ.  
Δείτε αυτήν την κάρτα σε κάθε γιατρό που εμπλέκεται στη θεραπεία σας.

**1. Λοιμώξεις**  
Όταν λαμβάνετε θεραπεία με GOBIVAZ, μπορεί να προσβάλλεστε από λοιμώξεις πιο εύκολα. Οι λοιμώξεις μπορεί να εξελιχθούν πιο γρήγορα και μπορεί να είναι πιο σοβαρές. Επιπλέον, κάποιες προηγούμενες λοιμώξεις μπορεί να επανεμφανιστούν.

CMO code  
CMO 2D code  
AW-MG-0000089 (v0.4)

**1.1 Πριν τη θεραπεία με GOBIVAZ**

- Ενημερώστε τον γιατρό σας εάν έχετε κάποια λοίμωξη. Δεν πρέπει να λάβετε θεραπεία με GOBIVAZ εάν έχετε φυματίωση (TB) ή κάποια άλλη σοβαρή λοίμωξη.
- Θα πρέπει να ελέγχετε για TB. Είναι πολύ σημαντικό να ενημερώσετε τον γιατρό σας εάν είχατε ποτέ TB ή εάν έχετε έρθει σε στενή επαφή με κάποιον που είχε TB. Ζητήστε από τον γιατρό σας να καταγράψει τον τύπο και την ημερομηνία του(των) τελευταίου(ων) ελέγχου(ων) σας για TB παρακάτω:

Εξέταση \_\_\_\_\_  
Ημερομηνία \_\_\_\_\_  
Αποτέλεσμα \_\_\_\_\_

Εξέταση \_\_\_\_\_  
Ημερομηνία \_\_\_\_\_  
Αποτέλεσμα \_\_\_\_\_

- Ενημερώστε τον γιατρό σας εάν ξέρετε ή υποπτεύεστε ότι είστε φορέας του ιού της ηπατίτιδας Β.

70mm

200mm

**1.2 Κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία με GOBIVAZ**

- Αναζητήστε αμέσως ιατρική φροντίδα εάν αναπτύξετε συμπτώματα κάποιας λοίμωξης, όπως πυρετό, κούραση, (επίμονο) βήχα, δύσπνοια ή γριπώδη σημεία, απώλεια βάρους, νυχτερινούς ιδρώτες, διάρροια, πληγές, οδοντικά προβλήματα και ένα αίσθημα καύσου κατά την ούρηση.

**2. Κύηση και εμβολιασμοί**  
Σε περίπτωση που είχατε λάβει GOBIVAZ ενώ ήσασταν έγκυος, είναι σημαντικό να ενημερώσετε σχετικά τον γιατρό του μωρού σας πριν το μωρό σας λάβει οποιοδήποτε εμβόλιο. Το μωρό σας δεν θα πρέπει να λάβει κάποιο «ζωντανό εμβόλιο», όπως BCG (χρησιμοποιείται για την πρόληψη της φυματίωσης) εντός 6 μηνών μετά την τελευταία ένεση σας με GOBIVAZ κατά τη διάρκεια της κύησης.

**3. Ημερομηνίες θεραπείας με το GOBIVAZ**  
1<sup>η</sup> χορήγηση: \_\_\_\_\_  
Επόμενες χορηγήσεις: \_\_\_\_\_

Είναι σημαντικό εσείς και ο γιατρός σας να καταγράψετε την εμπορική ονομασία και τον αριθμό παρτίδας του φαρμάκου σας.

**4. Λοιπές πληροφορίες**  
Όνομα Ασθενούς: \_\_\_\_\_  
Όνομα Γιατρού: \_\_\_\_\_  
Τηλέφωνο Γιατρού: \_\_\_\_\_

- Παρακαλείσθε να βεβαιωθείτε ότι έχετε επίσης μαζί σας μία λίστα όλων των άλλων φαρμάκων που χρησιμοποιείτε σε κάθε επίσκεψη σε επαγγελματία υγείας.

- Κρατήστε αυτήν την κάρτα μαζί σας για 6 μήνες μετά την τελευταία δόση του GOBIVAZ, καθώς ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να εμφανιστούν αρκετό καιρό μετά την τελευταία σας δόση του GOBIVAZ.
- Διαβάστε προσεκτικά το φύλλο οδηγιών χρήσης του GOBIVAZ πριν ξεκινήσετε να χρησιμοποιείτε αυτό το φάρμακο.

**ADVANZ**  
PHARMA

AMS Component No.: **AW-MG-000089 (v0.4)**  
Product Description: **GOBIVAZ solution for injection in pre-filled pen**  
Component: Medication Guide  
Product Code: 106612, 106613  
Country: Greece  
Vendor Name: Ivers-Lee AG  
**Proof Number:** **0.4**  
Revision Date: 27-Oct-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-0000089 v0.4

Task: IAR Regulatory Manager QC	Petrina Pearce 09-Dec-2025 15:18:26 GMT+0000
---------------------------------	---

Signature Page for AW-MG-0000089 v0.4