

70mm

40mm

40mm

200mm

GOBIVAZ® Betegkártya

Ez a betegkártya fontos biztonsági információkat tartalmaz, amelyekről tudnia kell a GOBIVAZ-zal végzett kezelés előtt és a kezelés során.

Mutassa meg ezt a kártyát minden orvosnak, aki részt vesz az Ön kezelésében.

1. Fertőzések

A GOBIVAZ-kezelés alatt könnyebben elkaphat fertőzéseket. A fertőzések gyorsabban súlyosbodhatnak és a vártnál súlyosabbak lehetnek. Emellett néhány korábbi fertőzés újra megjelenhet.

CMO code
AW-MG-0000086 (v0.4)

CMO
2D
code

1.1 A GOBIVAZ-kezelés előtt

- Szóljon kezelőorvosának, ha fertőzése van. Nem kezelhetik GOBIVAZ-zal, ha tuberkulózisban (tbc) vagy más súlyos fertőzésben szenved.
- Tbc szűrésen kell részt vennie. Nagyon fontos, hogy közölje kezelőorvosával, ha valaha tbc-ben szenvedett, vagy közeli kapcsolatba került valakivel, aki tbc-ben szenvedett. Kérje meg kezelőorvosát, hogy jegyezze fel alább a legutóbbi tbc szűrés(ek) típusát és dátumát:

Vizsgálat _____

Dátum _____

Eredmény _____

Vizsgálat _____

Dátum _____

Eredmény _____

- Tájékoztassa kezelőorvosát, ha tudja, hogy hepatitis B-vírus hordozó, vagy ezt gyanítják.

200mm

70mm

200mm

1.2 A GOBIVAZ-kezelés alatt és azt követően:

- Azonnal forduljon orvoshoz, ha fertőzés tünetei alakulnak ki Önnél, például láz, fáradtság, (tartós) köhögés, légszomj vagy influenzaszerű jelek, fogyás, éjszakai izzadás, hasmenés, sebek, fogászati problémák és vizelet közben jelentkező égő érzés.

2. Terhesség és védőoltások

Amennyiben GOBIVAZ-t kapott terhessége alatt, fontos, hogy tájékoztassa gyermeke kezelőorvosát erről, mielőtt a gyermek bármilyen védőoltást kapna. Gyermeke nem kaphat élő kórokozót tartalmazó védőoltást, például BCG-t (tuberkulózis megelőzésére szolgál) az Ön terhessége alatt kapott utolsó GOBIVAZ-injekció beadását követő 6 hónapon belül.

3. A GOBIVAZ-kezelés időpontjai

Első kezelés: _____

Következő kezelések: _____

Fontos, hogy Ön és kezelőorvosa feljegyezze a gyógyszer márkanevét és gyártási tételszámát.

4. Egyéb információk


A beteg neve: _____

A kezelőorvos neve: _____

A kezelőorvos telefonszáma: _____

- Kérjük, ügyeljen arra, hogy tartson magánál egy listát az összes, Ön által alkalmazott gyógyszerről, ha egészségügyi szakembert keres fel.

- Az utolsó GOBIVAZ-adag beadása után 6 hónapig tartsa magánál ezt a kártyát, mivel mellékhatások az utolsó GOBIVAZ-adag beadása után még sokáig megjelenhetnek.
- A GOBIVAZ alkalmazása előtt figyelmesen olvassa el a betegtájékoztatót.



AMS Component No.: **AW-MG-0000086 (v0.4)**

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

Component: Medication Guide

Product Code: 106497 - 106498

Country: Hungary

Vendor Name: Ivers-Lee AG

Proof Number: **0.4**

Revision Date: 07-Nov-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-0000086 v0.4

| | |
|---------------------------------|---|
| Task: IAR Regulatory Manager QC | Petrina Pearce 19-Jan-2026 10:33:26 GMT+0000 |
|---------------------------------|---|

Signature Page for AW-MG-0000086 v0.4