

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HD-FR-825 Yayın Tarihi :30.10.2024 Revizyon No :00 Revizyon Tar:.... Sayfa No :1 / 2
	İLAÇ GÜVENLİK İZLEM FORMU FORMU	

Hastanın adı, soyadı:					
Hastanın yaşı ve cinsiyeti:					
Hastane adı ve hastanın dosya numarası:					
Hastanın tanısı ve tanı tarihi:					
Bu tedavi öncesinde ilgili tanı ve endikasyon için kullanılan ilaçlar:					
.....tedavisini endike kılan durum:					
Başlangıçta tüberküloz değerlendirmesi PPD:.....Akciğer grafisi:.....					
INH profilaksisi yapılacaksa başlangıç ve bitim tarihi:.....					
Maling veya pre-maling hastalık öyküsü:.....					
	Tarih	Verilen doz	Oluşan advers etkiler	Elde edilen olumlu etkiler	Birlikte kullanılan ilaçlar
1. uygulama					
3. aydaki cevap					
Kaçıncı uygulama olduğu.....					
Formun doldurulma tarihi:					
- Hastada halen klinik olarak aktif tüberküloz veya malingnite bulunmamaktadır. - Hasta, fungal enfeksiyon gelişimi riski yönünden değerlendirilmiştir. - Hasta, ilacın tüberküloz, lenfoma ve malingnite dahil riskleri konusunda uyarılmıştır. - Bu formda yer alan ilaçların uygulanması için uygun aşılardan yapılması önerilmiştir. - Tosilizumab tedavisi alacak hastalar, komplike divertikülit belirtisi olabilecek karın ağrısı gibi semptomlar açısından uyarılmıştır. tedavisi almasında medikal sakınca yoktur.					
Doktor Adı Soyadı İmza ve Kaşe	Doktor Adı Soyadı İmza ve Kaşe	Doktor Adı Soyadı İmza ve KAŞE			

*Bu form abatacept, adalimumab, etanercept, iksekizumab, infliximab, golimumab, guselkumab, kanakinumab, rizankizumab, sekukinumab, sertolizumab, ustekinumab ve bimekizumab için kullanılmaktadır.

*Bu form, tedavi sürecinde üç ayda bir doldurulmalıdır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No :HD-FR-825 Yayın Tarihi :30.10.2024
	İLAÇ GÜVENLİK İZLEM FORMU FORMU	Revizyon No :00 Revizyon Tar.:... Sayfa No :2 / 2

*Hasta başlangıçta ve ilaç kullanıldığı sürece tüberküloz, fungal enfeksiyon, lenfoma ve maling hastalıkların gelişimi yönünden reçete eden hekim tarafından yakından izlenmelidir.

*Bu form adalimumabın orta üveit haricindeki endikasyonlarında kullanımı içindir.

*Ciddi advers etki gelişmesi durumunda 'TÜFAM Bildirim Formu' doldurularak TÜFAM'a 15 gün içinde bildirilmelidir. (Adres:S.B. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Söğütözü Mah.2176 Sok.No:5, Tel.:0800 314 00 08, Faks (0312) 218 35 99, e-posta : tufamitck.gov.tr

İlacın alındığı eczanenin adı ve adresi:.....

* *✓Bu ilaç ek izlemeye tabidir. Bu üçgen yeni güvenlik bilgisinin hızlı olarak belirlenmesini sağlayacaktır. Sağlık mesleği mensupları şüpheli advers reaksiyonlarını bildirmeleri beklenmektedir. Raporlama yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlamaktır.*