

# ENBREL (Etanercept)



## Patientenpass

kohlpharma

Dieser Patientenpass zur Anwendung von Etanercept wurde als Teil der Zulassungsaufgaben erstellt. Im Rahmen des Risikomanagementplans wurden neben den RoutineMaßnahmen zusatzliche risikominimierende MaBnahmen mit der Zulassung des Arzneimittels beauftragt, um das Risiko des Auftretens von schwerwiegenden Nebenwirkungen zu reduzieren und das Nutzen-Risiko-Verhaltnis von Etanercept zu erhohen.

Dieser Patientenpass ist damit verpflichtender Teil der Zulassung, um sicherzustellen, dass Angehorige der Heilberufe, die Etanercept verschreiben und zur Anwendung bringen, sowie Patienten die besonderen Sicherheitsanforderungen kennen und berucksichtigen.

Dieser Pass enthalt wichtige Informationen zu Ihrer Sicherheit, die Ihnen bekannt sein mussen, bevor und wahrend Sie mit

Enbrel behandelt werden. Sollten Sie zum Inhalt dieses Passes Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt.

- Zeigen Sie diesen Pass allen Arzten, von denen Sie behandelt werden.
- Weitere Informationen finden Sie in der Enbrel-Packungsbeilage.
- Bewahren Sie diesen Pass nach der letzten Enbrel-Anwendung bitte 2 Monate auf, da Nebenwirkungen auch erst einige Zeit nach Abschluss der Behandlung mit Enbrel auftreten konnen.

**Es ist wichtig, dass Sie und Ihr Arzt den Handelsnamen und die Chargenbezeichnung des angewendeten Arzneimittels protokollieren:**

### Infektionen

Enbrel kann Ihr Risiko einer Infektion, die schwerwiegend sein kann, erhohen.

- Sie sollten Enbrel nicht anwenden, wenn Sie an einer Infektion erkrankt sind. Wenn Sie nicht sicher sind, fragen Sie Ihren Arzt.
- Wenn bei Ihnen Symptome auftreten, die auf eine Infektion hindeuten, wie z. B. Fieber, anhaltender Husten, Gewichtsverlust oder Antriebslosigkeit, suchen Sie bitte sofort einen Arzt auf.
- Bei Ihnen sollte eine Untersuchung auf Tuberkulose (Tb) durchgefuhrt werden. Bitten Sie Ihren Arzt, umseitig die Termine und Ergebnisse der letzten Untersuchung auf Tb zu notieren.

Test: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Test: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Bitte Sie Ihren Arzt, alle Ihre sonstigen Medikamente aufzulisten, die Ihr Risiko einer Infektion erhöhen können.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### **Herzschwäche (Herzinsuffizienz)**

Wenn sich bei Ihnen Symptome zeigen, die auf die Entwicklung einer Herzschwäche (Herzinsuffizienz) oder auf die Verschlechterung einer bestehenden Herzschwäche hindeuten, wie z. B. Kurzatmigkeit, geschwollene Gelenke, hartnäckiger Husten oder Erschöpfung, suchen Sie bitte sofort einen Arzt auf.

### **Weitere Informationen (bitte ausfüllen)**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. des Arztes: \_\_\_\_\_