

# معلومات هامة

إيلارس®

(كاناكينوماب)

150 ملغم حقنة تحت الجلد

لعلاج الداء السيتيبي و يشمل ، داء ستيل البادئ في البالغين  
وعلاج التهاب مفاصل الأطفال النشط مجهول السبب

يمكنك الإبلاغ عن أي أعراض جانبية أو شكاوى أو لطلب نسخ إضافية من خلال:  
شركة نوفارتس - السعودية - قسم سلامة المرضى:

الرقم المجاني: ٨٠٠١٢٤٠٠٧٨

الهاتف: ٠٠٩٦٦١١٢٦٥٨١٠٠

الفاكس: ٠٠٩٦٦١١٢٦٥٨١٠٧

الايمل: [adverse.events@novartis.com](mailto:adverse.events@novartis.com)

أو عن طريق الإنترنت: <http://report.novartis.com/>

الهيئة العامة للغذاء والدواء, المركز الوطني للتبقيظ الدوائي:

مركز الاتصال الموحد: ١٩٩٩٩

الفاكس: ٠٠٩٦٦١١٢٠٥٧٦٦٢

الايمل: [npc.drug@sfd.gov.sa](mailto:npc.drug@sfd.gov.sa)

أو عن طريق الإنترنت: <https://ade.sfd.gov.sa/>

## قبل البدء بالعلاج

**العدوى:** يجب ألا تبدأ العلاج بكاناكينوماب إذا كان لديك عدوى نشطة تتطلب التدخل الطبي.  
**اللقاحات:** تحدث مع طبيبك حول أي لقاحات قد تحتاج إلى أخذها قبل بدء العلاج بكاناكينوماب.

## أثناء العلاج بكاناكينوماب

### خطر العدوى:

- استخدام كاناكينوماب يرتبط بزيادة خطر العدوى، بما في ذلك الأمراض الخطيرة.
- إذا كنت في وضع عدوى قد تحتاج لوقف العلاج بالكاناكينوماب أخبر طبيبك مباشرة إذا كانت لديك حرارة تدوم لفترة أطول من 3 أيام أو أية أعراض أخرى قد تكون بسبب الإصابة بعدوى.

### • عليك طلب العناية الطبية على الفور إذا شعرت بأعراض مثل:

- الحرارة ، والسعال ، أو الصداع لفترات طويلة.
- احمرار موضعي، دفاء، أو تورم في الجلد؛ أو
- استمرار السعال، وفقدان الوزن، وانخفاض درجة حرارة الجسم.

## متلازمة تنشيط البلاعم :

المرضى الذين يعانون من داء ستيل قد يصابون بحالة تسمى متلازمة تنشيط البلاعم (نوع من خلايا الدم البيضاء) ، والتي يمكن أن تكون مهددة للحياة. أخبر طبيبك على الفور إذا ساءت أعراض داء ستيل لديك أو إذا ظهرت عليك أعراض العدوى.

### • الحمل :

إذا كنت تستخدم كاناكينوماب أثناء فترة الحمل، من المهم إبلاغ طبيبك الطفل أو الممرضة قبل تلقيه أي لقاح. يجب ألا يتلقى طفلك أي لقاحات حية قبل 16 اسبوع على الأقل من تلقيك الجرعة الأخيرة من كاناكينوماب قبل الولادة.

## دليل العلاج

يرجى التأكد من اصطحاب قائمة بجميع الأدوية التي تتناولها الآن عند زيارة الطبيب المختص.

اسم المريض: .....

بالنسبة للأطفال اسم ولي الأمر/الوصى: .....

تاريخ اول جرعة من كاناكينوماب: .....

جرعه كاناكينوماب: .....

اسم الطبيب : .....

هاتف الطبيب: .....