

# بطاقة تذكير المريض

يرجو التأكد من أخذ قائمة بالأدوية الأخرى مع في كل زيارة إلى أي متخصص رعاية صحية

احتفظ بهذه البطاقة لمدة ستة أشهر بعد تناولك آخر جرعة من عقار سيمبوني حيث إن الأعراض الجانبية قد تحدث بعد فترة طويلة من تناولك لآخر جرعة من العقار



المملكة العربية السعودية: ص.ب. ٥٥٠٣، الرياض ١١٥٣٣،  
هاتف: +٩٦٦ ١ ٩٦٦ ٤١٩ ٧٩٦٦، فاكس: +٩٦٦ ١ ٢١٥ ٣١٩٠  
الخليج: جونسون جونسون البناء، مدينة دبي الطبية،  
ص.ب. ٥٠٥٠٨٠، دبي، الإمارات العربية المتحدة،  
هاتف: +٩٧١ ٤ ٩٧١ ٢٠٠ ٤٢٩٧٢٠٠، فاكس: +٩٧١ ٤ ٩٧١ ١٥٠ ٤٢٩٧١٥٠



(يوم / شهر / سنة)

تاريخ بدء العلاج بعقار سيمبوني

بالمستشفى أو حقن ذاتي	كمية الجرعة التي تم حقنها (ملجم)	تاريخ الجرعة التالية			تاريخ الحقن		
		سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم
		سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم
		سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم
		سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم
		سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم
		سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم
		سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم

حقنة أو قلم سيمبوني المعبأين مسبقًا

تحتوي هذه البطاقة على معلومات مهمة عن السلامة والتي تحتاج إلى معرفتها قبل بدء العلاج بعقار سيمبوني وخلال فترة العلاج به

أظهر هذه البطاقة للطبيب المشارك في العلاج

اقرأ نشرة سيمبوني الموجودة في العبوة قبل بدء استخدام الدواء

Reference: Simponi SmPC. June 2015.

Date of preparation: December 2015.

PHGCC/SIM/1215/0005

