

# معلومات هامة

إيلارس<sup>®</sup>

(كاناكينوماب)

150 ملغم حقنة تحت الجلد

لعلاج الداء الستيسي ويشمل ، داء ستيل البدائي 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: ٠٩٦٦١١٢٦٥٨١٠٠

الفاكس: ٠٩٦٦١١٢٦٥٨١٠٧

الإيميل: adverse.events@novartis.com  
أو عن طريق الإنترنت: <http://report.novartis.com/>

الهيئة العامة للغذاء والدواء، المركز الوطني للتبيظ الدوائي:

مركز الاتصال الموحد: ١٩٩٩٩

الفاكس: ٠٩٦٦١١٢٥٧٦٦٢

الإيميل: npc.drug@sfda.gov.sa  
أو عن طريق الإنترنت: <https://ade.sfda.gov.sa/>

تمت الموافقة على هذه المادة من قبل الإدارة المنقولة للتبيظ الدوائي في الهيئة العام  
للغذاء والدواء في المملكة العربية السعودية

Ilaris® (canakinumab) SFDA approved RMP Educational  
Materials V.11.2 Oct 2021

قبل البدء بالعلاج

**العدوى:** يجب الا تبدأ العلاج بكاناكينوماب إذا كان لديك عدوى نشطة تتطلب التدخل الطبي.  
**الللاحقات:** تحدث مع طبيبك حول أي لقاحات قد تحتاج إلىأخذها قبل بدء العلاج بكاناكينوماب.

أثناء العلاج يمكنهم

خط العدد ٥٩

- استخدام كاباكينوماب يرتبط بزيادة خطر العدوى، بما في ذلك الأمراض الخطيرة.
- اذا كنت في وضع عدوى قد تحتاج لوقف العلاج بالكاباكينوماب اختر طبليك مباشرة اذا كانت لديك حارقة تدوم لفترة اطوالاً من 3 أيام أو أية اعراض أخرى قد تكون بسبب الاصابة بعدوى.

٩٠ عليك طلب العناية الطبية على الفور إذا شعرت بأعراض، مثلاً:

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

## **متلازمة تنشيط البلاعم:**

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

## • الحمل :

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

دليل العلاج

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

اسم المريض:

بالنسبة للأطفال اسم ولي الأمر / الوصي:

## تاریخ اول حرعاة من كاناکینوماب:

حجزه کاناکینوما:

### اسم الطبع:

هاتف الطس:-