

كيوفتيليا (فيتوسيران) بطاقة المريض

تحتوي بطاقة المريض هذه على
معلومات مهمة يجب الاطلاع عليها
عند تلقي العلاج باستخدام كيوفتيليا.
يُرجى قراءة النشرة الدوائية للاطلاع
على كامل المعلومات.

تمت مراجعة و اعتماد هذه البطاقة من قبل
الهيئة العامة للغذاء و الدواء

النسخة 1.0 يونيو 2026 - المملكة العربية السعودية

sanofi

ارتفاع مستوى أنزيمات الكبد

قد تحدث حالات اضطراب وظائف الكبد خلال
العلاج باستخدام كيوفتيليا.

يتم مراقبة اختبارات وظائف الكبد من قبل
مقدم الرعاية الصحية الخاص بكم.

النزيف الاخترافي

علاج النزيف الاخترافي، يجب تقليل جرعات
ركازة عوامل التخثر أو عوامل التجاوز وعددها.

يجب اتباع تعليمات مقدم الرعاية الصحية الخاص
بكم بدقة فيما يتعلق بموعد استخدام ركازة
عوامل التخثر أو عوامل التجاوز.

في حال وقوع أي حادث، يُرجى إخبار الطبيب المعالج والمركز
الوطني للتبقيط والسلامة الدوائية
مركز الاتصال: 1999
البريد الإلكتروني: npc.drug@sfd.gov.sa
الموقع الإلكتروني: sfda.gov.sa

وإلى شركة سانوفي الدوائية، قسم التبقيط الدوائي:
رقم الهاتف: +966-544-284-797
البريد الإلكتروني: Ksa_pharmacovigilance@sanofi.com

الآثار الجانبية المهمة

الخثرات الدموية

قد يتعرض المرضى للخثرات الدموية، والتي
يجب علاجها على الفور.



يجب استشارة الطبيب على الفور في حال ظهور
علامات وأعراض الخثرات الدموية أثناء أو بعد العلاج
باستخدام كيوفتيليا، والتي تشمل:

علامات الخثرات الدموية:

- التورم، الألم، أو الاحمرار في الذراعين أو الساقين
- سعال مصحوب بخروج الدم
- ضيق في التنفس
- ألم أو ضيق في الصدر
- تسرع نبضات القلب
- الشعور بوهن عام أو فقدان الوعي
- الصداع الشديد أو المستمر
- صعوبة في النطق أو فهم الكلام
- خدر أو ضعف في الوجه أو الذراعين أو الساقين
- فقدان البصر أو تغيرات فيه أو ألم أو تورم في العين

معلومات هامة حول كيوفتيليا:

كيوفتيليا هو دواء يُصرف بموجب وصفة طبية ويستخدم للوقاية الروتينية لمنع أو تقليل نوبات النزيف لدى البالغين واليافاعين الذين تزيد أعمارهم على 12 عاماً، والذين يعانون من الناعور أ أو ب مع أو بدون مثبطات العامل الثامن أو التاسع.

يتم إعطاء كيوفتيليا عن طريق الحقن تحت الجلد.

يزيد كيوفتيليا من احتمال حصول خثرات دموية. يجب الالتزام باستخدام كيوفتيليا وفق الوصفة الطبية من الطبيب المعالج/الكاتب للوصفة. يجب اتباع تعليمات مقدم الرعاية الصحية الخاص بكم بدقة فيما يتعلق بموعد استخدام ركازة عوامل التخثر أو عوامل التجاوز، والجرعة الموصى بها ومواعيدها في حالة النزيف الاخترافي.

اسم المريض:

تاريخ الولادة (يوم-شهر-عام):

معلومات الاتصال (الهاتف):

معلومات اتصال الممثل القانوني للمريض (في حال كان بعمر أقل من 18 عاماً) (الهاتف):

اسم الطبيب المعالج/الكاتب للوصفة:

معلومات اتصال الطبيب المعالج/الكاتب للوصفة (الهاتف):

جهات الاتصال الخاصة بالمريض في حالات الطوارئ (عائلة أو صديق) (الهاتف):

تاريخ أول جرعة كيوفتيليا:

الإرشادات العامة

يُرجى إبراز هذه البطاقة لأيّ مختص بالرعاية الصحية يشارك في توفير الرعاية الصحية لكم.