



艾沙妥昔单抗

患者卡

致接受艾沙妥昔单抗的患者

- ▼ 输血前将此卡交给医疗保健提供者。
- ▼ 坚持始终携带此卡，直至艾沙妥昔单抗末次给药后至少**6个月**。
- ▼ 您可以通过报告您可能发生的任何不良反应来提供帮助。如果您发现任何不良反应，请告知您的医生或药剂师。您也可以直接通过电话**400(800)820-8884** 报告给赛诺菲。报告不良反应有助于提供更多有关本品安全性的信息。
- ▼ 关于艾沙妥昔单抗的更多信息，可查阅药品说明书。

针对医疗保健专业人员的警示

- ▼ 请注意，该患者正在接受艾沙妥昔单抗治疗。
- ▼ 该患者卡包含您在艾沙妥昔单抗治疗前、治疗期间和治疗后需要了解的重要安全性信息。艾沙妥昔单抗治疗可结合红细胞（RBC）上的**CD38**，存在**干扰间接抗球蛋白试验（间接Coombs试验）**的风险，这种风险可能持续至艾沙妥昔单抗末次输注结束后约至少6个月。为避免潜在RBC输注问题，您应该在首次艾沙妥昔单抗输注前进行血型和筛选检查。**可根据当地实践考虑表型分型。**
- ▼ 如已开始艾沙妥昔单抗治疗**且计划进行输血**，应告知血库患者正在接受艾沙妥昔单抗治疗，**以及艾沙妥昔单抗对间接抗球蛋白试验的干扰风险。**
- ▼ 关于艾沙妥昔单抗的其他信息，请参阅**药品说明书**。



我的信息

患者姓名:

患者生日
(年/月/日):

患者电话

紧急联系人(姓名)

紧急联系人(电话)



我的治疗详情

请填写本部分或请您的医生填写

开始日期
(年/月/日):

结束日期

NA (年/月/日):



我的血液结果

开始艾沙妥昔单抗治疗前, 我在此日期:
采集的血液检查结果为:

血型:

A

B

AB

O

Rh+

Rh-

我的间接抗球蛋白试验 (间接Coombs试验) 结果为:

阴性

阳性

以下抗体呈阳性:



我的医生信息

紧急情况下, 或如果您发现这张卡, 请通过以下详情联系我的医生。

医生姓名:

医生电话: