

أملاح مايكوفينوليت (مايفورتيك®)

**myfortic™**

استبيان موجه للمرضى الذين  
يتناولون أملاح مايكوفينوليت  
(مايفورتيك®)  
التعرض للدواء خلال الحمل



 NOVARTIS

اسم المنتج: مايفورتيك  
يتم اكماله من شركة نوفارتيس Novartis:  
رقم AER العالمي:  
بطاقة الحالة المحلية:

## هـام

اذا لم تكن قد قمت بالاتصال بطبيبك بخصوص الحمل  
فالرجاء القيام بالاتصال به حالا

عقب قيامك مؤخرا بإبلاغ شركة نوفارتيس Novartis بخصوص حملك  
أو حمل شريكك، نرغب بسؤالك لاكمال الاجابة على الاستبيان المرفق في  
المربعات المخصصة للاجابة. ان اجابة الاستبيان لن يؤثر على العلاج التي  
تتلقاه من طبيبك. ان المعلومات التي تقوم بتوفيرها هي سرية ولن يتم  
تسجيل أي معلومات تقوم بتحديد هويتك. سوف تساعدنا المعلومات التي  
تقوم بتوفيرها للتأكد ان مايفورتيك (أملاح مايكوفينوليت) يستعمل بصورة  
آمنة قدر الامكان. يرجى الاجابة على جميع الأسئلة وارسل الاستبيان ثانية الى  
العنوان: راجع الصفحة الأخيرة.

سيتم اضافة تفاصيل الاتصال المحلية عن طريق ارجاع هذا الاستبيان فانك  
توافق على أن تقوم شركة نوفارتيس Novartis بادخال معلومات مجهولة  
قمت بتقديمها الى قاعدة بيانات حاسب آلي. شكرا لك على الوقت لاكمال هذا  
الاستبيان.

## 1. معلومات عنك

هل أنت ذكر أو أنثى؟

ذكر

أنثى

هل تم التخطيط للحمل؟

نعم

لا

متى بدأت العلاج بـ مايفورتيك؟

التاريخ: \_\_\_\_\_

لا أتذكر

## 2. معلومات تم معرفتها قبل البدء بتناول مايفورتيك (أملاح مايكوفينوليت)

أ. هل تسلمت دليل مايفورتيك للمرضى عن المخاطر للجنين؟

نعم

لا

لا أتذكر

ب. المرضى من النساء فقط: هل تم إبلاغك بأن لا تحمليين وان تقومين باستخدام وسيلة فعالة لمنع الحمل عند تناولك لـ مايفورتيك ولمدة 1 أسابيع بعد التوقف عن تناول مايفورتيك؟

نعم

لا

لا أتذكر

ج. المرضى من الرجال فقط: هل تم ابلاغك بأن لا تصبح والدا لطفل وان تقوم باستعمال وسيلة فعالة لمنع الحمل عند تناولك لـ مايفورتيك ولمدة ٩٠ يوما بعد التوقف عن تناول مايفورتيك؟

نعم

لا

لا أتذكر

د. هل اطلعت على معلومات عن وسيلة منع الحمل التي ينبغي عليك استعمالها؟

نعم

لا

هـ. اذا كانت الاجابة بنعم عن الأسئلة أ، ب، ج، أو د فمن قام بتقديم المعلومات؟ (يرجى الاجابة في المربع عن جميع الأسئلة التي تنطبق)

طبيب قام بوصف مايفورتيك

أخصائي امراض النساء والولادة

استشاري منع حمل، مستشار تخطيط الأسرة، أخصائي التوعية الصحية، ممرض، صيدلي

آخريين (يرجى تحديد ذلك)

لا أتذكر

### ٣. معلومات عن اختبارات الحمل ووسيلة منع الحمل (تحديد النسل)

أ: المرضى من النساء: هل كانت نتائج اختبارات الحمل التي قمت بها سلبية قبل أن بدأت بتناول مايفورتيك؟

نعم، اختبار واحد سلبي

نعم، اختبارين سلبيين

لا

لا أتذكر

ب. هل قمت باستخدام وسيلتين من وسائل منع الحمل عندما كنت تتناولين مايفورتيك ولمدة ٦ أسابيع (للمرضى من النساء) أو لمدة ٩٠ يوما (للمرضى من الرجال) بعد التوقف عن تناول مايفورتيك؟

نعم

لا

لا أتذكر

ج. اذا قمت باستخدام وسيلة منع الحمل، فما هي وسائل منع الحمل التي قمت باستخدامها؟ (يرجى الاجابة في المربع عن جميع الأسئلة التي تنطبق).

جهاز داخل الرحم أو لفائف.

وسيلة هورمونية (البروجيستين).

الهرمونات (تحديد النسل، أقراص منع الحمل، لصقات هرمونية، حقن

أو أجهزة يتم زرعها).

- تعقيم (تعقيم بوقعي، استئصال الرحم، استئصال الأسهر)
- واقبي ذكري مع مبيد النطف
- واقبي ذكري بدون مبيد النطف
- حجاب حاجز مع مبيد النطف
- حجاب حاجز بدون مبيد النطف
- الامتناع عن ممارسة الجنس
- غطاء أو درع عنق الرحم
- اسفنجة
- العزل
- أخرى (يرجى تحديد ذلك)

## ع. معلومات عن الجماع الجنسي دون وسيلة منع حمل فعالة (تحديد النسل)

أ. هل قمت أنت أو قامت شريكك بممارسة الجماع الجنسي دون وسيلة منع حمل فعالة في أي وقت خلال أو 1 أسابيع (للمرضى من النساء) أو ٩٠ يوما (للمرضى من الرجال) بعد استعمال مايفورتيك؟

- نعم
- يرجى الإجابة أيضا عن السؤال 0
- لا
- يرجى تجاهل السؤال 0

## 0. سبب عدم استعمال وسيلة منع الحمل (تحديد النسل) أو أنها لم تكن فعالة

أ. يرجى الاجابة في المربع عن جميع الأسئلة التي تنطبق

- نسيت استعمال وسيلة منع الحمل
- لم تنجح وسيلة منع الحمل (على سبيل المثال انقسام/كسر في الواقي الذكري)
- التوقف عن استعمال وسيلة منع الحمل. يرجى توضيح السبب: \_\_\_\_\_
- هل كنت تعرف أنه كان ينبغي عليك استعمال وسيلة منع الحمل
- أخرى (يرجى تحديد ذلك)

## شكرا لك على اكمال هذا الاستبيان

تم اكماله من قبل:

الأحرف الأولى من الاسم فقط : \_\_\_\_\_

التاريخ : \_\_\_\_\_



يمكنك الإبلاغ عن أي أعراض جانبية أو شكاوي من خلال:

### شركة نوفارتس

ص.ب. ١١٠٣٢ الرياض ١١٤٦٤

الهاتف: ٠٠٩٦٦١١٢٦١٥٨١٠٠

الفاكس: ٠٠٩٦٦١١٢٦١٥٨١٠٧

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

### المركز الوطني للتيقظ الدوائي والسلامة الدوائية

الرقم المجاني: ٨٠٠٢٤٩٠٠٠٠

الفاكس: ٠٠٩٦٦١١٢٠٥٧٦٦٢

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

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