

أوبديفو® (نيفولوماب)

قائمة متابعة المريض

اسم المريض:

رقم الملف:

اسم الطبيب:

يتم وصف أوبديفو® لعلاج المرضى الذين يعانون من أنواع مختلفة من الأورام. لمعرفة الإستجابات الموافقة عليها محلياً في بلدك، يرجى الرجوع لمعلومات الصرف الكاملة الموجودة في عبوة المستحضر.

ويرتبط أوبديفو بالتحذيرات والاحتياطات التالية وتشمل الأمراض المرتبطة بالمناعة، الالتهاب الرئوي والتهاب القولون، والتهاب الكبد، والتهاب الكلية والغشال الكلوي، وقصور الغدة الدرقية، وفرط نشاط الغدة الدرقية، وردود الفعل السلبية الأخرى؛ وتسبب الأجنة

أوبديفو® (نيفولوماب)

قائمة متابعة المريض

اسم المريض

وتُخصّص هذه القائمة للممرضات لاستخدامها قبل إعطاء الجرعات لكل مريض وفي أيّ من زيارات أو المكالمات للمتابعة مع المريض للتعرف على بعض العلامات والأعراض المرتبطة بالآثار الجانبية المتعلقة بالعلاج بأوبديفو. ويعد الكشف المبكر عن الآثار الجانبية والتدخلات جزءاً مهماً من الاستخدام الآمن لأوبديفو

يرجى ملاحظة: ليس المقصود من هذه القائمة أن تكون شاملة لكل شيء

إذا أجاب المريض بـ "نعم" عن أيّ من هذه الأسئلة، يجب استشارة طبيب الأورام للمعالج للمريض قبل أخذ أوبديفو.

| الأسئلة | الإجابة | الملاحظات |
|--|--|-----------|
| العامّة | | |
| هل تواجه صعوبة في أداء الأنشطة العادية الخاصة بك؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل كان لديك صداع دائم أو غير معتاد؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل شعرت بالنعاس أو بالتعب الشديد؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل شعرت بالدوار أو أغمي عليك؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل كان لديك تغيرات في المزاج أو السلوك، مثل انخفاض الدافع الجنسي، والتهيج، أو النسيان؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل شعرت بالبرودة؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل اكتسبت أو خسرت الوزن؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل كان لديك تساقط في الشعر؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل أصبح صوتك أغلظ؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل لاحظت تحول لون بشرتك أو عينيك للون الأصفر؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل تقوم بالتبول بصورة أقل من المعتاد؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل لون البول دموي، داكن، أو بلون الشاي؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل تنزف أو تحصل لديك كدمات بسهولة أكبر من المعتاد؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل لديك تورم في الكاحلين؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل كان لديك آلام شديدة أو مستمرة في العضلات أو المفاصل؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل كان لديك ضعف شديد في العضلات؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل كان لديك طفح جلدي؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل كان لديك تغيرات في مستوى الرؤية؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل بدأت في تناول أي أدوية جديدة (بوصفة طبية، بغير وصفة، أو عشبية)؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي وما معدل تناولها؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| رئوي | | |
| هل جد لديك سعال أو هل ازداد السعال سوءاً؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل تواجه ألماً في الصدر؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل تواجه صعوبة في التنفس أو ضيقاً في التنفس؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| الجهاز الهضمي | | |
| هل تشعر بالغثيان الشديد و/أو التقيؤ؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل لديك فقدان في الشهية أو هل شعرت بالجوع أقل من المعتاد؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| كم عدد مرات التبرز كل يوم؟ | | |
| • هل يختلف هذا عن المعتاد؟ إذا كان الجواب بنعم، فكيف ذلك؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| • هل البراز سائل أو مائي، أو ذو رائحة كريهة؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| • هل رأيت دماً أو مخاطاً في البراز؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| • هل البراز داكن، قاري، أو لزج؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل يكون التبرز مؤلماً؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| هل تعاني من ألم حول بطنك؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فأين؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |

يُرجى الاطلاع على معلومات الصرف الكاملة لأوبديفو.



Bristol-Myers Squibb

1506SA17NP00349-05