

# بطاقة المريض

هيمجينيكس® (إتراناكوجين ديزابارفوفيك)

اسم المريض:

تاريخ إعطاء هيمجينيكس®

احمل هذه البطاقة معك في جميع الأوقات بعد استخدام هيمجينيكس® وأظهرها لأي شخص قد يقدم لك الرعاية الطبية، مثل الأطباء و/أو الممرضات.

للإبلاغ عن الآثار الجانبية عبر نظام الإبلاغ الوطني:  
المركز الوطني للتيقظ و السلامة الدوائية (NPC) الهيئة العامة للغذاء والدواء  
(SFDA) الرقم الموحد : ١٩٩٩٩

البريد الإلكتروني : npc.drug@sFDA.gov.sa  
الموقع الإلكتروني : https://ade.sFDA.gov.sa



سي إس إل بيهرينج :  
البريد الإلكتروني : phvsa@csLbehring.com  
الموقع الإلكتروني : https://www.csLbehring.sa/en/report-adverse-event



إصدار: ٢,٠  
تمت الموافقة عليها من قبل الهيئة العامة للغذاء والدواء في يوليو-2025  
MEA-HGX-0005

## معلومات للمريض

- يُرجى التأكد من الخضوع لاختبارات وفحوصات دم منتظمة وفقاً لتوجيهات طبيبك.
- يُرجى طلب المشورة الطبية الفورية لأي أعراض تشير إلى وجود **جلطة دموية** مثل:

- ألم مفاجئ في الصدر
- ضيق في التنفس
- ظهور مفاجئ لضعف العضلات
- انخفاض اليقظة
- صعوبة في الكلام
- تورم في أحد الساقين أو كليهما
- فقدان الإحساس و/أو التوازن

- لا تتبرع بالدم، أو السائل المنوي، أو الأعضاء، أو الأنسجة، أو الخلايا للزرع.

## معلومات لأخصائيي الرعاية الصحية

تم علاج هذا المريض باستخدام هيمجينيكس®، وهو منتج علاج جيني طبي موجه للكبد يقوم بإنتاج عامل التخثر البشري IX لعلاج مرض الهيموفيليا ب.

في حالة ارتفاع تحليل ناقلة أمين الألانين ALT خلال أول ٣ أشهر بعد العلاج بهيمجينيكس®، قد يحتاج المريض إلى الخضوع للعلاج بالكورتيكوستيرويدات لتقليل خطر التسمم الكبدي باستخدام هيمجينيكس®.

في حالة الطوارئ، أو الأسئلة المتعلقة بالعلاجات التي قد تتفاعل مع علاج هيمجينيكس®، استخدم معلومات الاتصال التالية:

اسم المريض	
تاريخ إعطاء هيمجينيكس®	
اسم الطبيب المعالج للهيموفيليا:	
رقم الهاتف/البريد الإلكتروني:	
المؤسسة:	
اسم طبيب العلاج الجيني (إذا كان مختلفاً):	
رقم الهاتف/البريد الإلكتروني:	
المؤسسة:	
جهة الاتصال في حالة الطوارئ (شريك المريض/أشقائه/آخريين):	