



CHER PATIENT RECEVANT SARCLISA® (ISATUXIMAB)

MISES EN GARDE À L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



INFORMATION SUR MON MEDECIN

En cas d'urgence, ou si vous trouvez cette carte,
merci de contacter mon médecin en utilisant
les contacts ci-dessous

Nom du médecin :

Numéro de téléphone :

- Fournir cette carte aux professionnels de santé **avant** toute transfusion sanguine.
- Conserver cette carte sur vous à tout moment et pendant au moins **6 mois** après la dernière dose d'isatuximab.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien/ne ou infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice d'information.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère chargé de la santé <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>. Pour plus d'informations, consultez la rubrique « Déclarer un effet indésirable » sur le site Internet de l'ANSM : <https://ansm.sante.fr>.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

- Pour plus d'informations, demandez au professionnel de santé de vous remettre la notice présente dans la boîte de votre médicament.

- Veuillez noter que ce patient reçoit un traitement **par SARCLISA® (isatuximab)**.
- Isatuximab se lie au CD38 sur les globules rouges (GR) et est associé à un **risque d'interférence avec le test de groupes sanguins** (test de Coombs indirect positif), qui peut persister pendant au moins 6 mois après la dernière perfusion d'isatuximab.
- Si le traitement par isatuximab a été initié et dans **l'éventualité d'une transfusion programmée, vous devez informer** l'établissement de transfusion sanguine que le patient est traité par isatuximab et **du risque associé d'interférence avec les tests indirects à l'antiglobuline**.
- En cas de besoin urgent de transfusion, des unités de GR ABO/RhD compatibles n'ayant pas été soumises à l'épreuve directe de compatibilité, peuvent être administrées conformément aux pratiques locales des centres de transfusion sanguine.
- Pour plus d'informations, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit, sur la base de données publique des médicaments <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>. ou sur le site de l'EMA <https://www.ema.europa.eu/>.


SARCLISA®
(isatuximab)

CARTE PATIENT

Version 2.2 - Mars 2025
Diffusé sous l'autorité de l'ANSM



sanofi



MES INFORMATIONS

Nom du patient :

Date de naissance (JJ / MM / AAAA) :

Numéro de téléphone :



DÉTAILS SUR MON TRAITEMENT

Merci de compléter cette section ou de demander à votre médecin de le faire.

Date d'initiation :

(JJ / MM / AAAA)

Date de fin :

(JJ / MM / AAAA)



MES TESTS SANGUINS

Avant de commencer mon traitement par isatuximab, les résultats de mes tests sanguins collectés le :

(JJ / MM / AAAA)

Groupe sanguin étaient

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB
<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> Rh+	<input type="checkbox"/> Rh-

Le résultat de mon test indirect à l'antiglobuline (Test de Coombs indirect) était :

<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif pour les anticorps suivants : <input type="text"/>
----------------------------------	---

