

# TARJETA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Información de seguridad importante  
para pacientes que usan ULTOMIRIS®  
(ravulizumab-cwvz)

ULTOMIRIS puede disminuir la capacidad del sistema inmunitario para combatir infecciones, **especialmente las infecciones meningocócicas que requieren atención médica inmediata**. Si usted presenta alguno de los siguientes síntomas, debe llamar de inmediato a su médico o solicitar atención médica de emergencia, preferentemente en un centro de atención médica de emergencia principal:

- Dolor de cabeza con náuseas o vómitos
- Dolor de cabeza y fiebre
- Dolor de cabeza con rigidez en el cuello o en la espalda
- Fiebre
- Fiebre y sarpullido
- Confusión
- Dolor muscular con síntomas similares a los de la gripe
- Sensibilidad ocular a la luz



**Si presenta alguno de estos signos o síntomas, solicite atención médica de emergencia inmediatamente y muestre esta tarjeta.**

Llévela siempre con usted durante todo el tratamiento y durante 8 meses después de su última dosis de ULTOMIRIS.

# TARJETA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE



## Información para el médico tratante



Este paciente está en tratamiento con **ULTOMIRIS (ravulizumab-cwvz)**, lo cual incrementa la susceptibilidad del paciente a contraer infecciones meningocócicas (*Neisseria meningitidis*) u otras infecciones generales.

- Las infecciones meningocócicas pueden poner la vida en riesgo de manera rápida o ser mortales si no se detectan y tratan a tiempo.
- **Evalúe de inmediato si se sospecha la presencia de una infección y trátela con los antibióticos correspondientes en caso de ser necesario.**
- Comuníquese con el médico que figura a continuación lo antes posible.

Para obtener más información acerca de ULTOMIRIS, consulte la información de prescripción completa. Si tiene inquietudes sobre seguridad, llame al **1-888-765-4747**. En caso de que presente un evento adverso, llame al **1-844-259-6783**.

 Los pacientes que usan ULTOMIRIS deben llevar siempre esta tarjeta. Muestre esta tarjeta a todos los médicos involucrados en su atención médica.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del médico que recetó ULTOMIRIS \_\_\_\_\_

Número del médico que recetó ULTOMIRIS \_\_\_\_\_

