

TARJETA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE



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

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

- dolor de cabeza con náuseas o vómitos
- dolor de cabeza y fiebre
- dolor de cabeza con rigidez de cuello o espalda
- fiebre
- fiebre y sarpullido
- confusión
- dolor muscular con síntomas similares a los de la gripe
- ojos sensibles a la luz



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

Mantenga esta tarjeta con usted en todo momento, incluso si deja de usar ULTOMIRIS. Su riesgo de contraer infecciones meningocócicas puede continuar durante varios meses después de la administración de su última dosis de ULTOMIRIS.



Información para el médico tratante



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

- Las infecciones meningocócicas pueden poner la vida en riesgo rápidamente o ser mortales si no se detectan y se 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 una reacción adversa, llame al **1-844-259-6783**.

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

Nombre del paciente _____

Nombre del médico que recetó ULTOMIRIS _____

Número del médico que recetó ULTOMIRIS _____

