

連絡カード

RMP

アレモ[®]による治療を受けている患者さんへ

常に本カードを携帯し、他の医療機関を受診される際に医師または薬剤師の先生にお渡してください。

医師・薬剤師の 氏名：
先生へ

こちらの患者様は、**血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有しておらず、**(年 月)より先天性血友病の治療薬アレモ[®](一般名:コンシズマブ)の治療を受けています[※]。本剤投与中、出血が起こった際の注意事項がございますので次ページを確認ください。

※ 本剤は抗TFPI(組織因子経路インヒビター)モノクローナル抗体薬で、1日1回の皮下投与にて血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターの有無によらず先天性血友病患者における出血傾向を抑制します。

出血時の注意事項

● 軽度から中等度の出血が起こった場合

第Ⅷ因子または第Ⅸ因子製剤（薬剤名： ）を

（用量： U(単位)）投与してください。

（ ）時間経過しても出血が改善しない場合は

さらに（用量： U(単位)）投与してください。

1日最大（用量： U(単位)）まで投与可能です。

● 重度の出血が起こった場合

アレモ[®]処方医療機関までご相談ください。

● 他剤による出血時治療を行った場合でも、本剤の用量を変更しないでください。

● 手術を行う場合

小手術では本剤の用量を調節する必要はありません。大手術が必要な場合には、アレモ[®]処方医療機関までご相談ください。

大手術	3回以上の補充療法が必要となる、及び／又は下記の1つ以上に該当する侵襲的な手術手技 ○体腔を開ける ○間葉の隔壁（例えば、胸膜、腹膜又は硬膜）を超える ○筋膜の切開 ○臓器の摘出 ○正常構造を外科的に変化させる
小手術	皮膚、粘膜又は浅部結合組織のみへの侵襲的な手術手技 ○皮下組織への中心静脈アクセスデバイス（ポート、中心静脈カテーテル、ポンプ及び他の中心静脈アクセス）の埋め込み ○皮膚生検 ○単純な歯科処置 ○耳チューブ／ドレーンの挿入 ○包皮切除

氏名

緊急連絡先

(続柄:)

—

—

アレモ®処方医療機関

病院

科

先生

—

—

緊急時には上記のアレモ®処方医療機関までご連絡ください。

JP24CON00075
(2024年6月作成)

製造販売元(資料請求先)

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社
〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1
www.novonordisk.co.jp