

Informations pour le patient ou l'aident

- Cette carte contient des informations de sécurité importantes que vous devez connaître avant de prendre CAPRELSA et pendant le traitement par CAPRELSA.
- Veuillez montrer cette carte à tout médecin intervenant dans votre traitement ou celui de votre enfant. Si vous ou votre enfant ressent(ez) un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou à votre infirmier/ère.

Pendant le traitement par CAPRELSA, appelez immédiatement votre médecin si vous ou votre enfant présente(z) les symptômes suivants :

- Malaise, vertiges ou troubles du rythme cardiaque, car il peut s'agir de symptômes d'une modification de l'activité électrique de votre cœur, appelée allongement de l'intervalle QTc
- Diarrhée sévère ou aggravation d'une diarrhée préexistante, celle-ci pouvant entraîner des déséquilibres aggravant le risque d'allongement de l'intervalle QTc.
- Maux de tête, crises épileptiques, convulsions, confusion, troubles de la vision ou de la concentration, car il peut s'agir de symptômes d'un syndrome cérébral appelé syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible.

N'arrêtez pas ou ne modifiez pas votre traitement (ou le traitement de votre enfant) par CAPRELSA sans l'avis de votre médecin.

Si vous (ou votre enfant) avez pris plus de CAPRELSA que vous auriez dû, contactez immédiatement votre médecin.

Carte d'Alerte pour le Patient : CAPRELSA® (vandétanib)

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Vous pouvez y contribuer en signalant tout effet indésirable que vous observez. Consultez la rubrique "déclarer un effet indésirable" sur le site de l'ANSM www.ansm.sante.fr.

SANOFI GENZYME 

Pour plus d'information, lisez la notice de CAPRELSA contenue dans la boîte ou sur la base de données publique des médicaments www.base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr. Assurez vous d'avoir avec vous la liste de tous les médicaments pris par vous ou votre enfant à chaque consultation chez votre médecin.

Nom du patient : _____

Nom du médecin : _____

N° de téléphone du médecin : _____

Date d'initiation du traitement
par CAPRELSA : _____