

## *Traitement des syndromes de fièvres périodiques auto-inflammatoires incluant :*

- *Syndromes périodiques associés à la cryopyrine (CAPS)*
- *Syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS)*
- *Syndrome de l'hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD)*
- *Fièvre méditerranéenne familiale (FMF)*

Cette carte contient des informations importantes de sécurité d'emploi que vous devez connaître avant et pendant votre traitement par ILARIS® (canakinumab).

- **Veillez garder sur vous cette carte** et présentez-la aux professionnels de santé que vous rencontrerez pour les informer de votre traitement par canakinumab.
- **Lisez** attentivement la notice de canakinumab pour plus d'informations.

## **Avant le traitement par canakinumab :**

- **Infections** : Vous ne devez pas recevoir de canakinumab si vous souffrez d'une infection active nécessitant un traitement médical.
- **Vaccinations** : Discutez avec votre médecin des vaccins dont vous pourriez avoir besoin avant de débuter le traitement par canakinumab.

## **Pendant le traitement par canakinumab :**

- **Risque d'infections** : le traitement par canakinumab est associé à une augmentation du risque d'infections, qui peuvent être graves. Si vous développez une infection, il est possible que votre traitement par canakinumab doive être interrompu. Prévenez immédiatement votre médecin en cas de fièvre durant plus de 3 jours ou tout autre symptôme qui pourrait être dû à une infection. Consultez **immédiatement** un médecin si vous présentez des symptômes tels que :
  - fièvre prolongée, toux ou maux de tête, ou
  - rougeur, chaleur ou gonflement localisé de la peau, ou
  - toux persistante, perte de poids, fièvre même peu importante.
- **Grossesse** : si vous avez reçu du canakinumab lorsque vous étiez enceinte, il est important d'en informer le médecin de votre bébé ou l'infirmière, avant qu'il ne soit vacciné. Votre bébé ne doit pas recevoir des vaccins vivants au moins pendant les 16 semaines qui suivent votre dernière injection de canakinumab pendant la grossesse.

Nom du/de la patient(e) :

Nom des parents (si patient enfant) :

Dose de canakinumab prescrite :

Nom du médecin :

Numéro de téléphone du médecin :

**Conservez cette carte avec vous après le début du traitement par canakinumab.**

**Des effets indésirables peuvent survenir lors du traitement par canakinumab.**

**Veillez reporter ci-dessous vos dates et doses de traitement par canakinumab :**

Date de traitement	Dose injectée
___ / ___ / _____	_____ mg
___ / ___ / _____	_____ mg
___ / ___ / _____	_____ mg
___ / ___ / _____	_____ mg
___ / ___ / _____	_____ mg
___ / ___ / _____	_____ mg

➤ **Assurez-vous d'avoir la liste de tous les autres médicaments que vous prenez lors de chaque visite chez un professionnel de santé.**