



백신 및/또는 예방적 항생요법 접종 확인 양식

FABHALTA(입타코판)의 제한적 조제

감염 위험을 줄이기 위해 입타코판을 투여받는 모든 환자는 수막구균 및 폐렴구균에 대한 백신 접종을 받아야 합니다. 백신 접종은 요법 시작 최소 2주 전에 투여해야 합니다. 백신접종 전에 이 약 치료를 반드시 시작해야 하는 경우, 환자는 가능한 한 빨리 백신 접종을 받아야 하며, 마지막 백신 접종 후 2주까지 예방적 항생요법으로 치료받아야 합니다. 입타코판은 환자가 폐렴구균 및 수막구균에 대해 백신 접종을 받았고/거나 적절한 예방적 항생제 요법을 받고 있다는 서면 확인이 있는 경우에만 조제될 수 있습니다. Novartis는 이러한 확인이 기록되고 각 환자에 대한 개별 환자 식별 번호(Pat.-ID)를 생성하는 제한적 조제 시스템을 구축했습니다. 이 번호는 약국에서 약물을 주문하는 데 필수적입니다.

이 확인은 www.fabhalta-ID.com/kr에서 온라인으로 문서화할 수 있으며 Pat.-ID를 즉시 받게 됩니다.

환자에게 전달해야 하는 안전한 사용을 위한 환자 카드에 개별 Pat.-ID를 기록하고, 환자 파일에 Pat.-ID를 보관하십시오. 귀하는 치료 의사로서 매년 환자의 예방접종 상태를 확인하고 필요한 경우 국가 예방 접종 지침에 따라 추가 접종을 실시하며, 환자 ID가 만료되기 전(5년)에 갱신하도록 상기받게 됩니다.

Pat.-ID의 제공에 관한 추가 질문이 있는 경우, Novartis 담당자에게 연락하거나 fabhalta.support@novartis.com 로 도움을 요청하십시오.

백신 및/또는 예방적 항생요법 접종 확인

| 담당의사 세부정보 | | 환자 세부정보 | |
|------------|--|---------------------|---|
| 치료 의사 이름 | | 이니셜(이름/성) | |
| 기관 | | 생년일 | |
| 주소 | | 생년월 | |
| 팩스 | 이메일 | 신규 또는 기존 환자 | <input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 기존 |
| 선호하는 연락 경로 | <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 팩스 | 현재 환자 ID(기존 환자의 경우) | |

법적 구속력이 있는 서명으로, 본인은 다음 사항을 확인합니다.

- (1) 환자는 요법 시작 전 해당 국가 지침에 따라 수막구균 및 폐렴구균에 대해 백신 접종을 받았고/거나 예방적 항생요법으로 치료 받고 있습니다. 본인은 백신 접종이 요법 시작 최소 2주 전에 실시되어야 하며, 즉각적인 치료가 필요한 경우 환자는 가능한 한 빨리 백신 접종을 받고 마지막 백신 접종 후 2주까지 예방적 항생요법으로 치료 받아야 한다는 것을 알고 있습니다. 가능한 경우, B형 헤모필루스 인플루엔자에 대한 예방접종이 권장됩니다.
- (2) 환자 또는 그들의 법적 대리인은 입타코판 요법에 대해 안내받았으며, 안전한 사용을 위한 환자 카드와 환자 가이드를 포함하여 필요한 정보를 요법 전에 제공받았거나 제공받을 예정입니다.
- (3) 본인은 상기 제공된 연락처 정보를 사용하여 이메일 통해 국가 백신 접종 지침에 따른 필요한 추적 백신 접종에 대해 1년에 한 번 그리고 환자 ID가 만료되기 전(5년)에 갱신해야 하는 것에 대하여 상기를 받을 것입니다.

| 서명 | | 서비스 제공자가 작성해야 함 | |
|----|----|-----------------|----|
| 날짜 | 서명 | 환자 ID | 날짜 |

이 문서는 환자 ID와 함께 저장하시고, 처방전과 환자 안전 카드에 이 ID를 기재해 주십시오. 또한 Fabhalta 브로셔를 환자에게 전달해 주시기 바랍니다.