

PATIENTEN- AUFKLÄRUNGSBOGEN

zur Selbstanwendung von DUPIXENT® bei chronischer
Nasennebenhöhlenentzündung mit Nasenpolypen



Ein Service von

sanofi

REGENERON®

PATIENTENINFORMATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie leiden trotz einer Vorbehandlung mit kortisonhaltigen Arzneimitteln und/oder eines chirurgischen Eingriffs unter Beschwerden aufgrund einer chronischen Rhinosinusitis mit Nasenpolypen. Vor diesem Hintergrund hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihnen DUPIXENT® (Dupilumab) als Ergänzung zu Ihrem kortisonhaltigen Nasenspray verordnet.

Im Rahmen der Therapieeinstellung wurden Sie bereits über die Wirkweise, Verabreichung und möglichen Nebenwirkungen von DUPIXENT® aufgeklärt (siehe gesondertes Therapieinformationsblatt). Sollten darüber hinaus noch Fragen offengeblieben sein, steht Ihnen Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt gerne zur Verfügung.

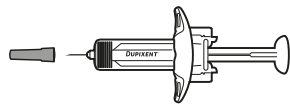
ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUR ANWENDUNG VON DUPIXENT® ZU HAUSE

→ Die erste Injektion von DUPIXENT® wird im Rahmen der Therapieeinstellung von Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt bzw. durch geschultes Fachpersonal verabreicht. Die Anwendung wird anschließend alle zwei Wochen als subkutane Injektion fortgesetzt. Nach Aufklärung und Einweisung durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt besteht die Möglichkeit, DUPIXENT® auch eigenständig oder mit Unterstützung einer anderen, von Ihnen ausgewählten Person zu Hause anzuwenden. Bitte beachten Sie, dass auch die erste selbst verabreichte Injektion normalerweise unter ärztlicher Aufsicht erfolgen sollte.

→ Bitte lesen Sie die folgenden Informationen auf diesem Aufklärungsbogen aufmerksam durch und bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie alles verstanden haben und die Injektion selbst zu Hause durchführen möchten.

→ DUPIXENT® kann

als Fertigspritze



oder

als Fertigen



verabreicht werden.

→ Besprechen Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, mit welcher Applikationsform Sie die Anwendung zu Hause durchführen sollen.

PATIENTENINFORMATION

- Die wichtigsten Hinweise zur korrekten Durchführung der Injektion sollten Ihnen bereits nähergebracht worden sein. Weiterführende Informationen und eine detaillierte Anleitung finden Sie auch in der Gebrauchsinformation/dem Beipackzettel (online verfügbar unter www.mein.sanofi.de/produkte/Dupixent), den Anwendungskarten/der Anwendungsbroschüre in Ihrem DUPIXENT®-Starterkit oder unter dem Reiter „Anwendung“ im Log-in-Bereich von www.aktiv-gegen-nasenpolypen.de



(Starterkits erhalten Sie kostenfrei bei Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt oder bei unserem Service-Team unter der Rufnummer 0800 50 500 20.)

WEITERE HINWEISE

- Bitte halten Sie im Falle einer vorliegenden oder geplanten Schwangerschaft und/oder Stillzeit, kürzlich erfolgter oder geplanter Impfungen und bei Anwendung weiterer Arzneimittel Rücksprache mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, bevor Sie die Anwendung von DUPIXENT® zu Hause beginnen/fortsetzen.
- Neben anderen Nebenwirkungen (siehe aktuelle Gebrauchsinformation oder Therapieinformati- onsblatt) kann es in seltenen Fällen unter der Anwendung von DUPIXENT® zu allergi- schen Reaktionen (Überempfindlichkeit) und einer anaphylaktischen Reaktion (sehr schwere allergische Reaktion) kommen.
- Sollten Sie unter der bisherigen Therapie mit DUPIXENT® Anzeichen einer allergischen oder anaphylaktischen Reaktion bemerkt haben, besprechen Sie dies bitte unbedingt mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, bevor Sie die Anwendung zu Hause beginnen. Achten Sie auch im weite- ren Verlauf der Behandlung auf Anzeichen solcher Reaktionen.

Anzeichen für eine allergische oder anaphylaktische Reaktion können sein:

- Atemprobleme
- Schwellung von Gesicht, Lippen, Mund, Rachen oder Zunge (Angioödem)
- Ohnmacht, Schwindel, Benommenheit (niedriger Blutdruck)
- Fieber
- allgemeines Krankheitsgefühl
- geschwollene Lymphknoten
- Quaddeln
- Jucken
- Gelenkschmerzen
- Hautausschlag

Falls Sie während der Anwendung von DUPIXENT® zu Hause Anzeichen einer allergischen oder anaphylaktischen Reaktion feststellen sollten, beenden Sie die Anwendung, informieren Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder fordern Sie umgehend medizinische Hilfe an.

ORIGINAL FÜR DIE ÄRZTIN/DEN ARZT – KOPIE FÜR DIE PATIENTIN/DEN PATIENTEN

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

- Ich habe die vorliegenden Informationen gelesen und verstanden und stimme der zukünftig eigenständig durchgeführten Anwendung von DUPIXENT® 300 mg zu.

Nach entsprechender Beratung entscheide ich mich für die Selbstanwendung von DUPIXENT® mit

- Fertigspritze. Fertigenpen.
- Ich bzw. eine andere, von mir ausgewählte Person wurde zur sachgemäßen Anwendung von DUPIXENT® 300 mg aufgeklärt. Rückfragen konnten im Rahmen der ärztlich beaufsichtigten ersten Selbstinjektion beantwortet werden.
- Hiermit bestätige ich, dass bei mir bislang keine allergische Reaktion/kein anaphylaktischer Schock im Zusammenhang mit der Anwendung von DUPIXENT® aufgetreten ist.
- Ich wünsche eine Kopie der Einwilligung.

AUSZUFÜLLEN VON DER BEHANDELNDEN ÄRZTIN/DEM BEHANDELNDEN ARZT:

- Patientin/Patient bzw. eine andere, von ihr/ihm ausgewählte Person wurde über die subkutane Anwendung von DUPIXENT® 300 mg aufgeklärt und hat eine entsprechende Einweisung erhalten.
- Patientin/Patient bzw. eine andere, von ihr/ihm ausgewählte Person hat im Rahmen der ärztlich beaufsichtigten Selbstapplikation von DUPIXENT® demonstriert, dass sie/er DUPIXENT® korrekt applizieren kann.
- Patientin/Patient hat keine Anaphylaxie-Historie.
- Patientin/Patient bzw. eine andere, von ihr/ihm ausgewählte Person wurde auf das Erkennen von frühen Anzeichen und Symptomen schwerer allergischer Reaktionen und anderer möglicher Nebenwirkungen von DUPIXENT® hingewiesen.

Name/Vorname Patientin/Patient

Name/Vorname behandelnde/r Ärztin/Arzt

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift Ärztin/Arzt

