

<p>ルクスターナ®注の治療を受けた患者さん、ご家族の方へ</p> <p>下記のような症状があらわれたら、すぐに担当医師に連絡してください。</p>	
<p>治療後に注意していただきたい主な症状</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 目の痛みや不快感 ● 白目が充血する ● 目やにがでる ● 光をまぶしく感じる ● 視力の低下を感じる ● まぶたや目の周囲の腫れ ● 視界がかすむ、暗くなる ● 視界に黒い点・ゴミのようなものが見える 	
<p>このカードは常に携帯してください。</p> <p>他の医療施設で診察を受ける場合は、必ずこのカードを見せてください。</p>	
<p>医療施設を受診する際には、ルクスターナ®注による遺伝子補充療法を受けていることを必ずお伝えください。</p>	
<p>NOVARTIS</p>	
<p>ノバルティス ファーマ株式会社</p>	<p>LUX00002ZK0001</p> <p>2023年6月作成</p>

<p>医療関係者の方へ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● このカードをお持ちの患者さんはルクスターナ®注(カルタヘナ法に基づき承認された第一種使用規程が定められた製品)による遺伝子補充療法を受けています。 ● 他の医療施設で診察を行う前に、ルクスターナ®注の治療を行った施設の担当医師へ連絡してください。 ● 献血や移植のための臓器提供などを行うことはできません。 ● 患者さんに有害事象の発生が疑われる場合は、ノバルティスダイレクトにもあわせてご連絡いただき、有害事象の報告にご協力ください。 													
<p>治療後に特に注意すべき副作用</p> <p>眼圧上昇、網膜裂孔、網膜剥離、黄斑部疾患(黄斑円孔など)、白内障、眼内炎、網脈絡膜萎縮</p>													
<p>NOVARTIS DIRECT 受付時間</p> <p>TEL:0120-003-293 月～金 9:00～17:30 (祝日及び当社休日を除く)</p>													
<p>ルクスターナ®注の治療に関する緊急連絡先</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">ルクスターナ®注の治療を行った医療施設名</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">電話番号</td> <td>代表</td> </tr> <tr> <td>時間外</td> </tr> <tr> <td colspan="2">担当医師名</td> </tr> </table>		ルクスターナ®注の治療を行った医療施設名		電話番号	代表	時間外	担当医師名						
ルクスターナ®注の治療を行った医療施設名													
電話番号	代表												
	時間外												
担当医師名													
<table border="1"> <tr> <td>患者氏名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>治療した目</td> <td><input type="checkbox"/> 左目</td> <td><input type="checkbox"/> 右目</td> </tr> <tr> <td>治療日</td> <td>年 月 日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>ロット番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		患者氏名			治療した目	<input type="checkbox"/> 左目	<input type="checkbox"/> 右目	治療日	年 月 日	年 月 日	ロット番号		
患者氏名													
治療した目	<input type="checkbox"/> 左目	<input type="checkbox"/> 右目											
治療日	年 月 日	年 月 日											
ロット番号													
<p>本カード情報の音声ガイドはこちらから</p> 													