

КОНТРОЛЬНИЙ ЛИСТ ДЛЯ ЛІКАРІВ, ЯКІ ПРИЗНАЧАЮТЬ лікарський засіб (ЛЗ) Апретюд (каботегравір натрію) для доконтактної профілактики ВІЛ-1

Цей контрольний лист для лікарів має на меті допомогти під час консультації осіб, що приймають ЛЗ Апретюд для доконтактної профілактики ВІЛ-1 під час первинних та повторних візитів

Інструкції: заповнюйте контрольний лист під час кожного візиту та вносьте дані у медичну картку пацієнта

Первинне обстеження перед призначенням ЛЗ Апретюд

- Проведена ретельна оцінка необхідності призначення ЛЗ Апретюд, особа погоджується з необхідним графіком дозування (див. Керівництво для лікарів з метою отримання додаткової інформації)
- Негативний результат тесту на ВІЛ-1 до початку застосування ЛЗ Апретюд, що підтверджено за допомогою тесту антиген-антитіло, а також тесту на основі ВІЛ-РНК (якщо комбінована стратегія тестування, що включає обидва тести, недоступна, тестування повинно відповідати місцевим рекомендаціям)
- Повторно підтверджений ВІЛ-статус за наявності клінічних симптомів, що відповідають гострій вірусній інфекції, та підозрі на нещодавній (<1 місяць) контакт з ВІЛ-1

КОНТРОЛЬНИЙ ЛИСТ ДЛЯ ЛІКАРІВ, ЯКІ ПРИЗНАЧАЮТЬ лікарський засіб (ЛЗ) Апретюд (каботегравір натрію) для доконтактної профілактики ВІЛ-1

Цей контрольний лист для лікарів має на меті допомогти під час консультації осіб, що приймають ЛЗ Апретюд для доконтактної профілактики ВІЛ-1 під час первинних та повторних візитів

Інструкції: заповнюйте контрольний лист під час кожного візиту та вносьте дані у медичну картку пацієнта

Консультація перед призначенням

- Надано консультацію щодо важливості суворого дотримання схеми дозування для зниження ризику інфікування ВІЛ-1 та потенційного розвитку резистентності
- Проконсультовано щодо важливості проходження регулярного скринінгового тестування на ВІЛ-1 для підтвердження ВІЛ-1 негативного статусу
- Повідомлено, що ЛЗ Апретюд не є повною схемою профілактики ВІЛ-1 і повинен використовуватися разом з іншими заходами, такими як презервативи та регулярне тестування на інші інфекції, що передаються статевим шляхом
- Повідомлено, що ЛЗ Апретюд не є повною схемою лікування ВІЛ і особи повинні негайно розпочати антиретровірусну терапію у разі зараження ВІЛ-1, що є малоймовірним
- Проінструктувати щодо важливості прочитати Брошуру для пацієнтів
- Надано пораду запланувати наступну ін'єкцію та записати її в Картку-нагадування

КОНТРОЛЬНИЙ ЛИСТ ДЛЯ ЛІКАРІВ, ЯКІ ПРИЗНАЧАЮТЬ лікарський засіб (ЛЗ) Апретюд (каботегравір натрію) для доконтактної профілактики ВІЛ-1

Цей контрольний лист для лікарів має на меті допомогти під час консультації осіб, що приймають ЛЗ Апретюд для доконтактної профілактики ВІЛ-1 під час первинних та повторних візитів

Інструкції: заповнюйте контрольний лист під час кожного візиту та вносьте дані у медичну картку пацієнта



Подальші дії під час кожного запланованого візиту

- Проведено опитування про клінічні симптоми гострої вірусної інфекції
- Підтверджено статус особи з ВІЛ-1- негативним статусом
- Повторне обстеження, якщо заплановане введення ін'єкції або прийом таблеток було пропущено, щоб переконатися, що відновлення застосування ЛЗ Апретюд для доконтатної профілактики залишається відповідним і що особа залишається в групі високого ризику
- Ще раз наголошено на важливості дотримання графіка застосування ЛЗ Апретюд
- Повторено, що ЛЗ Апретюд не є повною схемою профілактики ВІЛ-1 і повинен використовуватися разом з іншими заходами
- Проінструктовати щодо важливості прочитати Брошуру для пацієнтів
- Надано пораду запланувати наступну ін'єкцію та записати її в Картку-нагадування

КОНТРОЛЬНИЙ ЛИСТ ДЛЯ ЛІКАРІВ, ЯКІ ПРИЗНАЧАЮТЬ лікарський засіб (ЛЗ) Апретюд (каботегравір натрію) для доконтактної профілактики ВІЛ-1

Цей контрольний лист для лікарів має на меті допомогти під час консультації осіб, що приймають ЛЗ Апретюд для доконтактної профілактики ВІЛ-1 під час первинних та повторних візитів

*Інструкції: заповнюйте
контрольний лист під час
кожного візиту та вносьте дані у
медичну картку пацієнта*



Наступне застосовується лише у разі, якщо
особа бажає припинити прийом ЛЗ Апретюд:

- Консультування щодо альтернативних форм доконтактної профілактики нетривалої дії, якщо особа залишається в групі ризику інфікування ВІЛ-1, яку слід розпочати протягом 2 місяців після останньої ін'єкції ЛЗ Апретюд

Наступне застосовується лише у випадках підтвердженого або
підозрюваного діагнозу ВІЛ-1:

- Розпочато антиретровірусну терапію
або
- Особу направлено на лікування ВІЛ-1

Інформація щодо інформування про побічні реакції

- Відповідно до вимог Порядку здійснення фармаконагляду, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2006 року № 898, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 січня 2007 року за №73/13340, слід повідомляти про усі підозрювані побічні реакції до Державного експертного центру МОЗ України за посиланням: <http://aisf.dec.gov.ua>
- За додатковою інформацією звертайтеся до ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна»: 02152, Київ, проспект Павла Тичини, 1-В. www.ua.gsk.com
- Повідомити про побічну реакцію Ви можете до ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна» за тел. (044) 585-51-85 або на e-mail oax70065@gsk.com, повідомити про скаргу на якість лікарських засобів GSK Ви можете за тел. (044) 585-51-85 або +38 (050) 381- 43-49, або на e-mail ua.complaints@gsk.com
- Ознайомитися з інструкціями для медичного застосування лікарських засобів ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна» та задати питання службі медичної інформації Ви можете тут <https://gskpro.com/uk-ua>
- Торгові марки належать на правах власності або ліцензовані групою компаній GSK © 2024 Група компаній GSK або її ліцензіар