



معلومات المريض ودفتر تدوين ملاحظات العلاج

للمرضى الذين تتم معالجتهم باستخدام مساعد OPDIVO® (nivolumab)
لسرطان الغشاء المحيط بالرئة أو سرطان الموصل المعدي المريئي

OPDIVO®
(nivolumab)

مقدمة

تم إعداد هذا الكتيب كدليل للمرضى الذين تتم معالجتهم باستخدام مساعد OPDIVO لسرطان الغشاء المحيط بالرئة أو سرطان الموصل المعدي المريئي. يمكنك هنا معرفة المزيد من المعلومات عن OPDIVO وما يمكن أن تتوقعه بالتزامن مع علاجك. تتم مراجعة أعراض الآثار الجانبية المحتملة، والتي يجب الانتباه لها بعناية، وكذلك ما يجب فعله إذا واجهت أيًا من هذه الأعراض.

للحصول على معلومات كاملة، يُرجى الاطلاع على نشرة الحزمة الخاصة بـ OPDIVO على www.fass.se.

نبذة عن OPDIVO

يتكون جهاز المناعة من عدد من الخلايا المختلفة، بما في ذلك الخلايا التائية، والتي تعد جزءًا من الدفاع الطبيعي للجسم. تكتشف الخلايا التائية الخلايا التي يعتبرها الجسم غريبة وتدمرها، مثل البكتيريا والفيروسات والخلايا السرطانية. ومع ذلك، في بعض الأحيان يمكن للخلايا السرطانية أن تجد طريقة للاختباء من الجهاز المناعي، ما يؤدي إلى زيادة قدرة السرطان على النمو والانتشار. يساعد OPDIVO عن طريق منع الخلايا السرطانية من حجب الخلايا التائية في الجهاز المناعي.

بحكم أن هذا العلاج يعمل عن طريق تنشيط جهاز المناعة لديك، فقد يؤدي إلى حدوث آثار جانبية ناتجة عن فرط نشاط الجهاز المناعي ويبدأ في مهاجمة الخلايا السليمة. من المهم أن تتواصل مع الطبيب المعالج أو الممرضة إذا كنت تعاني أعراضًا أو علامات محتملة لأعراض جانبية. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات بشأن الآثار الجانبية المتعلقة بالعلاج في قسم "الآثار الجانبية من العلاج" في الصفحتين ٤ و ٥.

قبل العلاج باستخدام مساعد OPDIVO

قبل تلقي العلاج، سيجري طبيبك فحصًا طبيًا عامًا.
ستقدم أيضًا عينات من الدم خلال العلاج.

قبل بدء مرحلة العلاج، يجب عليك أنت وطبيبك التحقق مما إذا كنت:

- تعاني مرضًا ذاتي المناعة (حالة يهاجم فيها الجسم خلاياه)
- سبق أن تلقيت OPDIVO وعانيت آثارًا جانبية خطيرة من هذا الدواء
- انتشر السرطان إلى الدماغ
- عانيت في السابق التهابًا في الرئتين
- كنت تتناول أو تناولت مؤخرًا أدوية أخرى

أخبري طبيبك إذا كنت تعتقدين أنك حامل، أو تخططين
لإنجاب طفل أو ترضعين طفلك. من المهم أن تحمي نفسك من الحمل بالتزامن مع العلاج.

كيف سيتم إعطاء العلاج المساعد مع OPDIVO

سيتم إعطاء OPDIVO لأكثر من ٣٠ دقيقة عن طريق الإدخال في الوريد (التنقيط). يتم وصف علاج المساعد باستخدام OPDIVO كل أسبوعين أو كل أربعة أسابيع لأول ١٦ أسبوعًا، تليها كل أربعة أسابيع.



في اليوم الذي تتلقى فيه العلاج، قد تشعر عمومًا بأنك لست على ما يُرام. في هذه الحالة، يمكن لطبيبك المعالج وممرضتك إخبارك بكيفية التعامل مع ذلك. سيستمر طبيبك في وصف OPDIVO لك لمدة تصل إلى عام واحد أو حتى لا يمكنك تحمل العلاج. سيقوم طبيبك بتقييم العلاج، على سبيل المثال، عن طريق فحص الأشعة السينية.

إذا فاتك موعد محدد لتلقي العلاج

من المهم جدًا الحضور في مواعيدك لتلقي OPDIVO. إذا فاتتك جلسة العلاج، فسيحدد طبيبك موعد تلقي جرعتك التالية.

الآثار الجانبية للعلاج

مثل جميع الأدوية، يمكن أن يسبب هذا الدواء آثارًا جانبية، ولكن لن يعانيها جميع من يتلقونها. يؤثر OPDIVO في جهاز المناعة وقد يسبب التهابًا في أجزاء من الجسم. يمكن أن يتسبب الالتهاب في حدوث أضرار جسيمة للجسم وقد تكون بعض حالات الالتهاب مهددة للحياة وقد تحتاج إلى علاج أو قد تحتاج إلى التوقف عن العلاج.

من المهم جدًا اكتشاف
الآثار الجانبية مبكرًا للسماح
للعلاج بمنع تدهور حالتك.

يمكن التغلب على غالبية الآثار الجانبية المتعلقة بعلاجك. على سبيل المثال، يمكن أن يقرر طبيبك أن يصف لك أدوية أخرى لتقليل الأعراض ومنع المضاعفات أو تأخير الجرعة التالية أو إيقاف العلاج. يقلل اتخاذ الإجراء المبكر لمواجهة الآثار الجانبية من خطر الحاجة إلى إيقاف العلاج. من المهم أن تتصل بعيادة جلسات العلاج في وقت مبكر إذا كنت تشك في وجود أثر جانبي أو إذا كنت تشعر بأنك لست على ما يُرام. يمكن أن تحدث آثار جانبية في أي وقت في أثناء العلاج. انتبه، لأن الآثار الجانبية يمكن أن تظهر بعد أسابيع أو أشهر من آخر جرعة تلقيتها.

من المهم أن تتصل بعيادة جلسات العلاج
إذا كنت تشك في وجود أثر جانبي

انتبه للآثار الجانبية

يمكن علاج الآثار الجانبية في معظم الحالات إذا تم اكتشافها مبكرًا. لذلك، من المهم أن تتواصل مع طبيبك أو ممرضتك على الفور إذا عانيت أيًا من هذه العلامات أو الأعراض:

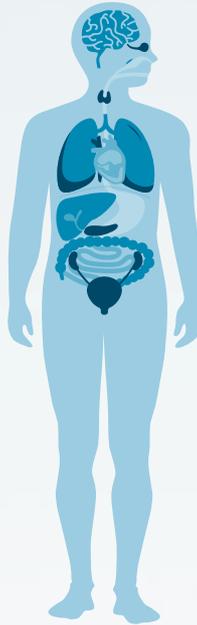
مشاكل الكبد: يمكن أن تكون العلامات والأعراض عبارة عن بياض أصفر من العين أو اصفرار الجلد (اليرقان)، ألم في الجانب الأيمن من منطقة البطن أو إرهاق.



مشاكل الغدد الصماء (كما في ذلك الغدة الدرقية والغدة الكظرية): يمكن أن تشمل العلامات والأعراض التي تشير إلى أن غدداك لا تعمل بشكل طبيعي التعب الشديد أو تغير الوزن أو الصداع أو الاضطرابات البصرية.



الإسهال: براز مائي أو سائب أو لين أو أعراض أخرى لالتهاب الأمعاء (التهاب القولون)، مثل آلام البطن والمخاط أو الدم في البراز.



داء السكري (أعراض مثل العطش الشديد، وزيادة كمية البول بشكل كبير، وزيادة الشهية مع فقدان الوزن، والشعور بالتعب، والنعاس، والضعف، والاكنتاب، والتهيج والشعور بالإعياء بشكل عام) أو الحمض الكيتوني السكري (حمض في الدم الناجم عن مرض السكري).



مشاكل الكلى: يمكن أن تكون المؤشرات والأعراض انخفاض كمية البول.



مشاكل الرئة مثل صعوبات التنفس أو السعال. قد يكون هذا مؤشرًا على وجود التهاب في الرئتين.



التهاب الجلد قد يسبب تفاعلًا جلديًا خطيرًا (يُعرف باسم تقشر الأنسجة الممتوتة البشرية التسممي ومتلازمة ستيفنز-جونسون). يمكن التعبير عن علامات وأعراض تفاعل الجلد الخطير (المमित في بعض الأحيان) على شكل طفح جلدي وحكة وتقشير الجلد.



التهاب في العضلات مثل التهاب العضلة القلبية (إلتهاب عضلة القلب) وإلتهاب عضلي (التهاب في العضلات) وانحلال الربيدات (تصلب العضلات والمفاصل وتشنج العضلات). يمكن تحديد علامات وأعراض ذلك بألم في العضلات، أو تصلب، أو ضعف، أو ألم في الصدر أو إعياء خطير.



اطلب العناية الطبية فورًا، إذا عانيت الأعراض أو العلامات المذكورة في هذا الكتيب أو إذا كان لديك آثار جانبية أخرى. يمكن أن يؤدي تلقي العلاج الطبي في مرحلة مبكرة إلى منع المشكلة من أن تصبح خطيرة.

لا تحاول معالجة أعراضك بأدوية أخرى من تلقاء نفسك.

للحصول على قائمة الآثار الجانبية كاملة، راجع نشرة الحزمة الخاصة بـ OPDIVO على www.fass.se

بطاقة المريض الخاصة بك

سيعطيك طبيبك أو ممرضتك بطاقة المريض. يحتوي هذا على معلومات أمان مهمة، يجب أن تكون على دراية بها قبل وفي أثناء وبعد العلاج باستخدام OPDIVO. كما أنه يحتوي على معلومات يجب أن يعرفها جميع الأشخاص العاملين في المجال الطبي حول علاجك. لهذا السبب، من المهم أن تقدم بطاقة المريض الخاصة بك إلى جميع العاملين الطبيين الذين تتعامل معهم. هذا هو الحال أيضًا عند زيارة المراكز الصحية أو المستشفيات.

إذا لم تكن قد استلمت بطاقة المريض، أو فقدتها، فاطلب من طبيبك المعالج أو الممرضة الحصول على بطاقة جديدة.

احمل بطاقة المريض معك دائماً وقدمها
إذا احتجت إلى زيارة طبيب آخر، على سبيل المثال
إذا كنت في عطلة. فهي تحتوي على معلومات مهمة
حول الأعراض التي قد تحتاج إلى العلاج
بالتشاور مع الطبيب المعالج.

دفتر تدوين ملاحظات جلسات العلاج

يتمثل الغرض من هذا الدفتر في تسهيل الأمر عليك وعلى طبيبك وممرضتك لاكتشاف أعراض الآثار الجانبية المحتملة التي قد تظهر أثناء علاجك بـ OPDIVO في مرحلة مبكرة. إذا تم الكشف عن الأعراض مبكرًا، فيمكن غالبًا علاجها والتعامل معها، ما يمنع تفاقم الآثار الجانبية.

خذ وقتك في ملء دفتر الملاحظات واحضره معك في كل موعد مع الطبيب المعالج أو الممرضة.

يوم..... في..... / /	يوم..... في..... / /	يوم..... في..... / /	يوم..... في..... / /	يوم..... في..... / /	يوم..... في..... / /	يوم..... في..... / /																										
كيف تشعر؟																																
هل ما زلت قادرًا على أداء أنشطتك العادية؟																																
هل تشعر بالغيثان و/أو القيء؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل فقدت شهيتك أو تشعر بجوع أقل من الطبيعي؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
كم عدد مرات التغوط في اليوم؟																																
هل تتغوط كثيرًا أكثر من المعتاد؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل برازك سائب أم مائي؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل رأيت دمًا أو مخاطًا في برازك؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل تشعر بالألم عند التغوط؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل أصبت بسعال جديد أو سعال متدهور؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل تعاني صعوبة في التنفس؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل عانيت حكة أو طفحًا جلديًا أو بثورًا أو تقرحات أو تقشير الجلد؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل تعاني صداعًا مستمرًا أو غير عادي؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل شعرت بالتعب الشديد؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل عانيت تغيرات في حالتك المزاجية أو سلوك مثل انخفاض الرغبة الجنسية، التهيج أم النسيان؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل عانيت تنميلًا أو ألمًا أو ضعفًا في عضلاتك أو صعوبة في المشي؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل تعاني ألمًا أو تنميلًا/ تورمًا في مفاصلك أو عضلاتك؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										
هل تعاني ألمًا واحمرارًا في العين أو مشاكل في الرؤية أو رؤية مشوشة؟																																
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>																										

اتصل بعيادة العلاج الخاصة بك على الفور، إذا شعرت بالتعب في أثناء العلاج، حتى يتمكنوا من مساعدتك.

للحصول على مزيد من المعلومات حول
OPDIVO، تفضل بزيارة الموقع
www.opdivopatient.se



يوجد أيضاً مقطع فيديو إعلامي.
"للمرضى الذين سيتلقون العلاج المناعي"
اسأل ممرضتك إذا كنت مهتماً.

ة.عرج رخآ
لئاسل زكرم وه OPDIVO ن: فيلغتلاو ةتبعثلاو ةوقلا
ةجاجز ام! وه ةوبعلا مجح. لم/م/خلم ١٠ ةوقب بيسرتلا
ةدحاو نقة جاجز وأ لم ٤ لمى ويوتحت ةدحاو نقة
لمى ويوتحت ةدحاو نقة جاجز وأ لم ١٠ لمى ويوتحت
لم ٢٤ لمى ويوتحت ةدحاو نقة جاجز وأ لم ١٢
لوح ةلماكات امولعم لمى لوصحلا: ةيفاضا ت امولعم
ةوبعلا حم ةقفلمة مزجلا ةشرن ةيانعب أرقا، OPDIVO
(www.fass.se) لمى اصبأ ةرفوتم ي هو

Bristol Myers Squibb
٠٠٤٧١٠٠-٧ (٠) +٤٦: نف تاهلا م قر
www.bms.com/se

١١ ةخسن

® Yervoy عم بكتلاب OPDIVO ف صومئ ن أن كى.
ءاشغلا ناطسرل ئي ايميكلا جلاعلا وأ (ipilimumab)
مدقتلما ةثربلا ب طيحما
نمذ، OPDIVO لى ةفاضللاب ى رخآ ةبودأ ى قلتتت تذك اذ
لك بيبط لاسا. اهبة صاخلا ةمزجلا ةشرن لضبأ أرقن أن مهلم
ةلمسأ ي أكيدل ناك اذ
ةبودلأ هذه لوح

ةيساسك كيدل ناك اذ OPDIVO مدختست لا
ءاودلا اذه في ى رخآ ةلماح ةدام ي وأ بامولوفينذ نم

ب ةطبرلما ةبيناجلا راثلآ ةجلالعم كىلع ب جى لا
لك بيبط حم ائماد ل صاوت. كسفنء اقلنت نم OPDIVO
تقوى ي فى ثدحت دقة بيناجلا راثلآ ن لى ةراشلا رذجت
بى قلتت نم رهشأ وأ عيباسأ دعب انايدحأ، جلاعلا ائنتأ فى

مايف بنغلابلا جلاعلا مدختسي بي انعم جلاع وه OPDIVO
بلى ي

- سرطان القولون والمستقيم المتقدم (سرطان القولون أو سرطان المستقيم)
- سرطان الغشاء المحيط بالرئة المتقدم (سرطان المريء، وهي القناة من الفم إلى المعدة)
- سرطان الغشاء المحيط بالرئة أو سرطان الموصل المعدي المريئي (سرطان في الموصل بين المعدة والمريء) (علاج مساعد)
- سرطان معدي متقدم (معدة)، أو سرطان الموصل المعدي المريئي أو سرطان المريء الغدي
- بامولوفينذ OPDIVO فى ةلعفلا ةداملى مسن