

# Fiche d'information **pour les patients** sous traitement par **Ninlaro®**

Le médicament NINLARO® vous a été prescrit par votre médecin dans le cadre d'un traitement du cancer de la moelle osseuse appelé myélome multiple.





























NINLARO® vous sera administré en association avec le lénalidomide et la dexaméthasone qui sont d'autres médicaments utilisés lors de votre traitement.

## Votre calendrier de traitement

Votre traitement se prend par 'cycle'. Chaque cycle dure 4 semaines (28 jours).

Veuillez prendre vos **3 médicaments** comme illustré dans le schéma posologique ci-dessous.













Le suivi peut se faire en indiquant les dates de prise et en cochant chaque case.

jour 1	jour 2	jour 3	jour 4	jour 5	jour 6	jour 7
date:	date:	date:	date:	date:	date:	date:
  						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jour 8	jour 9	jour 10	jour 11	jour 12	jour 13	jour 14
date:	date:	date:	date:	date:	date:	date:
  						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jour 15	jour 16	jour 17	jour 18	jour 19	jour 20	jour 21
date:	date:	date:	date:	date:	date:	date:
  						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jour 22	jour 23	jour 24	jour 25	jour 26	jour 27	jour 28
date:	date:	date:	date:	date:	date:	date:
	pas de traitement	pas de traitement	pas de traitement	pas de traitement	pas de traitement	pas de traitement
<input type="checkbox"/>						

Jours 23-28 : Pas de traitement



# DIRECTIVES D'UTILISATION

<b>Traitement</b>	 <b>Dexaméthasone</b>	 <b>NINLARO®</b> (Ixazomib)	 <b>Reulimid®</b> (Lenalidomide)
<b>Quand?</b> moments suggérés pour la prise du traitement	 Matin 08.00h • Immédiatement <b>après le petit-déjeuner</b> • Chaque fois à la même heure	 Matin 10.00h • 2 heures <b>après le petit-déjeuner</b> • Chaque fois à la même heure	 Soir 18.00h • En <b>soirée</b> • Chaque fois à la même heure
<b>Avec ou sans nourriture ?</b>		 Au moins 1h avant ou au moins 2h après un repas	 Au cours ou en dehors des repas
<b>Avec ou sans eau ?</b>			
<b>Comment avaler ?</b>	Avalez <b>le comprimé de Dexaméthasone</b> en entier.	Avalez <b>la gélule de Ninlaro® en entier</b> . Ne pas écraser, mâcher ou ouvrir la gélule.	Avalez <b>la gélule de Reulimid® en entier</b> . Ne pas écraser, mâcher ou ouvrir la gélule.

## INFORMATIONS IMPORTANTES

- **ATTENTION :** la dexaméthasone doit être prise avec de la nourriture, Ninlaro® et la dexaméthasone ne doivent pas être pris en même temps.
- Veillez à toujours prendre votre traitement en suivant exactement les indications de votre médecin.
- Ne modifiez pas la dose ou n'arrêtez pas votre traitement sans lui en avoir parlé préalablement.

### Que dois-je faire si j'ai **oublié de prendre une dose de Ninlaro®** ?

- Prendre la dose uniquement si la prochaine dose est prévue dans ≥ 72 heures (3 jours).
- Ne prenez pas la dose oubliée de Ninlaro® si vous êtes à moins de 3 jours de la prochaine dose planifiée.

Veillez lire les notices publiques pour plus d'informations sur **Ninlaro®**, **Reulimid®** et **la dexaméthasone**. Si vous ressentez des effets indésirables, parlez-en immédiatement à votre médecin ou votre pharmacien.

### Vos personnes de contact. Les coordonnées de:

mon hématologue : \_\_\_\_\_

mon infirmier(ère) : \_\_\_\_\_

mon médecin généraliste : \_\_\_\_\_