

---

**Ditt namn**

---

**Din läkares namn**

---

**Din läkares telefonnummer**

---

**Datum för behandlingsstart med XALKORI**

## Patientkort för XALKORI

Fyll i och visa det här kortet om du träffar en läkare, sjuksköterska eller apotekspersonal som inte ingår i ditt vanliga vårdteam.

Berätta för din läkare eller apotekspersonal om du tar, nyligen har tagit eller eventuellt kommer att ta någon annan medicin, inklusive naturläkemedel eller annat receptfritt läkemedel.



**Pfizer AB** Tel 08-550 520 00 | [www.pfizer.se](http://www.pfizer.se)