

COVER OUTSIDE - FRONT

Actelion Pharmaceuticals Ltd.
SA - AW_184956

سبتمبر ٢٠٢١

COVER INSIDE - FRONT

٣٩ |

سبتمبر ٢٠٢١

ملاحظات

سبتمبر ٢٠٢١

سبتمبر ٢٠٢١ | ٣٧

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

أسبوع
#

التاريخ:

	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١
	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١

سبتمبر ٢٠٢١ | ٣٦

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

أسبوع
#

التاريخ:

	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١
	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١

سبتمبر ٢٠٢١ | ٣٥

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

أسبوع
#

التاريخ:

	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١
	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١

سبتمبر ٢٠٢١ | ٣٤

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

أسبوع
#

التاريخ:

	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١
	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١

سبتمبر ٢٠٢١ | ٣٣

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

أسبوع
#

التاريخ:

	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١
	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١

سبتمبر ٢٠٢١ | ٣٢

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

أسبوع
#

التاريخ:

	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١
	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١

سبتمبر ٢٠٢١ | ٣١

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

أسبوع
#

التاريخ:

	٢٠٠ ميكروغرام ٣ ٨٠٠ ميكروغرام	#	١	#	١	#	١	#	١	#	١	#	١	#	١
	٢٠٠ ميكروغرام ٣ ٨٠٠ ميكروغرام	#	١	#	١	#	١	#	١	#	١	#	١	#	١

سبتمبر ٢٠٢١ | ٣٠

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

أسبوع

#

التاريخ:

	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١
	٢٠٠ ميكروغرام ٨٠٠ ميكروغرام	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١	# ١

استخدم صفحات المفكرة التالية إذا وصف لك الطبيب أو الممرضة الأقراص تركيز ٨٠٠ ميكروجرام بالإضافة إلى الأقراص تركيز ٢٠٠ ميكروجرام.

في صفحات المفكرة، تأكد من أنك تناولت قرص واحد ٨٠٠ ميكروجرام كل يوم في الصباح وفي المساء مع العدد الموصوف لك من الأقراص تركيز ٢٠٠ ميكروجرام.

قرص ٢٠٠ ميكروجرام 2

قرص ٨٠٠ ميكروجرام 3
(يستخدم مع الخطوات من ٥ إلى ٨ لتقليل عدد الأقراص المطلوبة لكل جرعة).

تذكر استشار طبيب ارتفاع ضغط الدم الشرياني الرئوي
(Pulmonary Arterial Hypertension) الخاص بك أو الممرضة بانتظام.

قم بتدوين تعليمات الطبيب أو الممرضة:

رقم عيادة الطبيب والبريد الإلكتروني:

هاتف الصيدلي:

ملاحظات:

سبتمبر ٢٠٢١



الأسبوع
#

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

التاريخ:

 الصباح	 ٢٠٠ ميكروجرام							
 المساء	 ٢٠٠ ميكروجرام							
تجاوز إلى الصفحة ٣٠ إذا وصف لك طبيبك أقراص ٨٠٠ ميكروجرام سبتمبر ٢٠٢١								



الأسبوع

#



الصباح

2

٢٠٠
ميكروجرام



المساء

2

٢٠٠
ميكروجرام

تجاوز إلى الصفحة ٣٠ إذا وصف لك طبيبك أقراص ٨٠٠ ميكروجرام

سبتمبر ٢٠٢١

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

التاريخ:





الأسبوع

#

٢٥

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

التاريخ:

 الصباح	 ٢٠٠ ميكروجرام							
 المساء	 ٢٠٠ ميكروجرام							
تجاوز إلى الصفحة ٣٠ إذا وصف لك طبيبك أقراص ٨٠٠ ميكروجرام سبتمبر ٢٠٢١								





الأسبوع

#

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

التاريخ:

 الصباح	 ٢٠٠ ميكروجرام							
 المساء	 ٢٠٠ ميكروجرام							
تجاوز إلى الصفحة ٣٠ إذا وصف لك طبيبك أقراص ٨٠٠ ميكروجرام سبتمبر ٢٠٢١								



الأسبوع

#



الصباح

2

٢٠٠
ميكروجرام



المساء

2

٢٠٠
ميكروجرام

التاريخ:

٢٣

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

سبتمبر ٢٠٢١



الأسبوع
#

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

التاريخ:

 الصباح	 ٢٠٠ ميكروجرام							
 المساء	 ٢٠٠ ميكروجرام							
تجاوز إلى الصفحة ٣٠ إذا وصف لك طبيبك أقراص ٨٠٠ ميكروجرام سبتمبر ٢٠٢١								



الأسبوع

١



الصباح

2

٢٠٠
ميكروجرام



المساء

2

٢٠٠
ميكروجرام

ينبغي تناول أول جرعة من أبترافي في المساء

٢١ |

اكتب رقم أسبوع العلاج في الزاوية العلوية اليمنى اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدث مع طبيبك أو الممرضة في يوم/شهر/سنة

التاريخ:



سبتمبر ٢٠٢١

الأسبوع

#



الصباح

2

٢٠٠
ميكروجرام



المساء

2

٢٠٠
ميكروجرام

ينبغي تناول أول جرعة من أبترافي في المساء

سبتمبر ٢٠٢١

اكتب كل يوم في المربعات التالية عدد الأقراص التي تتناولها في الصباح والمساء. تحدثت مع طبيبك أو
المرضة في يوم/شهر/سنة

التاريخ:



تذكر استشار طبيب ارتفاع ضغط الدم الشرياني الرئوي
(Pulmonary Arterial Hypertension) الخاص بك أو الممرضة بانتظام.

قم بتدوين تعليمات الطبيب أو الممرضة:

رقم عيادة الطبيب والبريد الإلكتروني:

هاتف الصيدلي:

ملاحظات:

سبتمبر ٢٠٢١

مفكرة المعايرة

خطوات المعايرة الخاصة بك لأكثر من أسبوع واحد
فهناك صفحات إضافية بالمفكرة لتتبع ذلك.

استخدم الصفحات من ٢٠ إلى ٢٧ لتتبع الأسابيع
الأولى من العلاج، عندما تستخدم أقراص تركيز
٢٠٠ ميكروجرام فقط (الخطوات ٤-١).

إذا وصف لك الطبيب كل من الأقراص تركيز
٢٠٠ و ٨٠٠ ميكروجرام، فاستخدم الصفحات
من ٣٠ إلى ٣٧ (الخطوات ٨-٥).

سبتمبر ٢٠٢١

الرجاء قراءة التعليمات الواردة في نشرة
العبوة بعناية.

تساعدك صفحات المفكرة التالية في تتبع عدد
الأقراص التي تحتاج إلى تناولها في الصباح
والمساء أثناء المعايرة.

استخدمها لكتابة عدد الأقراص التي تتناولها
في الصباح والمساء.

تدوم كل خطوة عادة أسبوع واحد، ما لم يوجهك
الطبيب أو الممرضة إلى خلاف ذلك. إذا استمرت

إذا توقفت عن تناول أبترافي

لا تتوقف عن تناول دواء أبترافي ما لم يخبرك الطبيب أو الممرضة بذلك. إذا توقفت، لأي سبب، عن تناول أبترافي لأكثر من ٣ أيام متتالية (إذا فانتك ٦ جرعات متتالية)، فاتصل بطبيب ارتفاع ضغط الدم الشرياني الرئوي (Pulmonary Arterial Hypertension) الخاص بك أو الممرضة على الفور حيث قد يلزم تعديل جرعتك لتجنب حدوث آثار جانبية.

قد يطلب منك الطبيب أو الممرضة استئناف العلاج بجرعة أقل، وزيادتها تدريجيًا للوصول إلى الجرعة الدائمة السابقة الخاصة بك.

في حالة نسيان تناول أبترافي

إذا فاتتك جرعة، فتناول جرعتك وقتما تتذكرها، ثم استمر في تناول الأقراص في المواعيد المعتادة. إذا كان موعد جرعتك التالية خلال الست ساعات القادمة، فينبغي عليك تجاهل الجرعة الفائتة ومتابعة تناول دوائك في الوقت المعتاد.

لا تضاعف لتعويض قرص منسي.

على سبيل المثال، إذا كانت أعلى جرعة تحملتها أثناء المعالجة هي ١٢٠٠ ميكروجرام مرة واحدة في الصباح ومرة واحدة في المساء:



قد يقوم طبيبك أو الممرضة، بمرور الوقت، بتعديل الجرعة الدائمة الخاصة بك حسب الحاجة.

سبتمبر ٢٠٢١

متى يمكنك الانتقال إلى الجرعة الدائمة

أعلى جرعة يمكنك تحملها أثناء المعالجة ستصبح جرعتك الدائمة الخاصة بك. هذه الجرعة هي الجرعة التي ينبغي عليك الاستمرار عليها بانتظام. سيصف طبيبك تركيز القرص المناسب لجرعتك الدائمة الخاصة بك.

يتيح لك ذلك تناول قرص واحد في الصباح وآخر في المساء، بدلاً من تناول عدة أقراص في كل مرة.



البداية

الخطوة ١ الخطوة ٢ الخطوة ٣

تقليل الجرعة

تدوم كل خطوة تحديد جرعة حوالي أسبوع واحد.

قرص ٢٠٠ ميكروجرام

2

قم بزيادة جرعتك كل أسبوع تقريباً بإضافة قرص ٢٠٠ ميكروجرام إلى جرعتك الصباحية والمسائية

الصباح:

قرص واحد ٢٠٠ ميكروجرام

المساء:

قرص واحد ٢٠٠ ميكروجرام

(إجمالي الجرعة اليومية:
٤٠٠ ميكروجرام)

سبتمبر ٢٠٢١

(الأقراص ليست بالحجم الفعلي).

إذا لم تتمكن من تحمل الآثار الجانبية حتى بعد محاولة طبيبك أو الممرضة علاجها، فقد يوصى بالتقليل إلى جرعة أقل.

إذا أخبرك الطبيب بالتقليل إلى جرعة أقل، فينبغي عليك تقليل جرعتك بمقدار قرص واحد ٢٠٠ ميكروجرام في الصباح وقرص آخر في المساء.

ينبغي عليك تقليل الجرعة بعد استشارة طبيب ارتفاع ضغط الدم الشرياني الرئوي (Pulmonary Arterial Hypertension) الخاص بك أو الممرضة. ستساعدك عملية تقليل الجرعة هذه في اكتشاف الجرعة المناسبة لك، يُطلق عليها أيضاً الجرعة الدائمة الخاصة بك.

سبتمبر ٢٠٢١

متى ينبغي تقليل الجرعة؟

مثل بقية الأدوية، قد تعاني من آثار جانبية مع أبترافي مع زيادة جرعتك إلى جرعات أعلى.

استشر طبيبك أو الممرضة إذا عانيت من آثار جانبية. توجد علاجات متاحة يمكنها المساعدة في تخفيفها.

الآثار الجانبية الأكثر شيوعًا (قد تؤثر على أكثر من ١ من كل ١٠ أشخاص) التي قد تصاب بها أثناء تناول أبترافي هي:

- الصداع • الإسهال • الغثيان • القيء • آلام الفك • ألم في العضلات • ألم بالساق
- ألم بالمفاصل • احمرار الوجه

للاطلاع على قائمة كاملة بالآثار الجانبية انظر نشرة العبوة للحصول على مزيد من المعلومات.

سبتمبر ٢٠٢١

٩ | أعلى جرعة

قرص ٢٠٠ ميكروجرام

2

قرص ٨٠٠ ميكروجرام
(يُستخدم مع الخطوات من ٥ إلى ٨ لتقليل عدد الأقراص المطلوبة لكل جرعة).

8

الخطوة ٨

الصباح: قرص واحد
٨٠٠ وأربعة أقراص
٢٠٠ ميكروجرام

المساء: قرص واحد
٨٠٠ وأربعة أقراص
٢٠٠ ميكروجرام

(إجمالي الجرعة
اليومية: ٣,٢٠٠
ميكروجرام)

(الأقراص ليست بالحجم الفعلي).

سبتمبر ٢٠٢١

الخطوة ٧

الصباح: قرص واحد
٨٠٠ وثلاثة أقراص
٢٠٠ ميكروجرام

المساء: قرص واحد
٨٠٠ وثلاثة أقراص
٢٠٠ ميكروجرام

(إجمالي الجرعة
اليومية: ٢,٨٠٠
ميكروجرام)

الخطوة ٦

الصباح: قرص واحد
٨٠٠ وقرصين
٢٠٠ ميكروجرام

المساء: قرص واحد
٨٠٠ وقرصين
٢٠٠ ميكروجرام

(إجمالي الجرعة
اليومية: ٢,٤٠٠
ميكروجرام)

الخطوة ٥

الصباح: قرص واحد
٨٠٠ وقرص واحد
٢٠٠ ميكروجرام

المساء: قرص واحد
٨٠٠ وقرص واحد
٢٠٠ ميكروجرام

(إجمالي الجرعة
اليومية: ٢,٠٠٠
ميكروجرام)

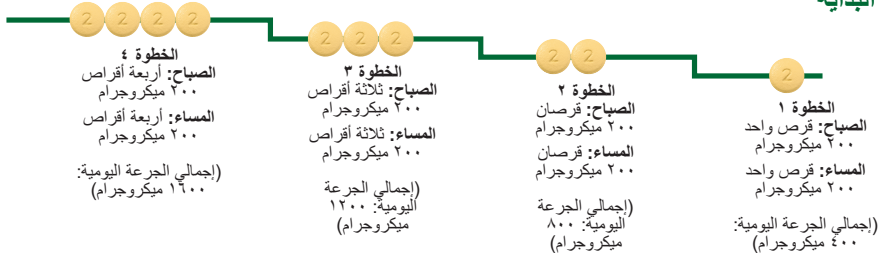


٢ قرص ٢٠٠ ميكروجرام

ما هي الخطوات؟

تدوم كل خطوة تحديد جرعة حوالي أسبوع واحد.

جرعة
البدائية



سبتمبر ٢٠٢١



كل مريض مصاب بمرض ارتفاع ضغط الدم الشرياني الرئوي
(Pulmonary Arterial Hypertension) مختلف. ولا ينتهي الأمر لدى جميع
المرضى بتناول نفس الجرعة الدائمة.

قد يتناول بعض المرضى ٢٠٠ ميكروجرام في الصباح وفي المساء كجرعة دائمة، بينما
سيصل البعض إلى أعلى جرعة البالغة ١٦٠٠ ميكروجرام في الصباح وفي المساء.
قد يصل آخرون إلى الجرعة الدائمة بين هاتين الجرعتين. المهم هو أن تصل إلى الجرعة
الأكثر ملائمة لعلاجك.

كيف ينبغي زيادة الجرعة؟

ستبدأ بجرعة تبلغ ٢٠٠ ميكروجرام في الصباح وفي المساء وبعد مناقشة طبيبك أو الممرضة للزيادة إلى الجرعة التالية.
ينبغي تناول أول جرعة زائدة في المساء. تدوم كل خطوة حوالي أسبوع واحد. قد يستغرق الأمر عدة أسابيع لاكتشاف الجرعة المناسبة لك.

**الهدف هو الوصول إلى الجرعة الأكثر ملائمة لعلاجك.
ستكون هذه هي الجرعة الدائمة الخاصة بك.**

سبتمبر ٢٠٢١

توجد مرحلتان من العلاج باستخدام أبترافي:

المعايرة

في الأسابيع القليلة الأولى، ستعمل مع طبيبك لإيجاد جرعة أبترافي المناسبة لك. قد يقوم طبيبك بزيادة جرعتك من الجرعة المبدئية إلى جرعات أعلى من أبترافي. وقد يقوم طبيبك بتقليل جرعتك إلى جرعة أقل. يطلق على هذه العملية المعايرة. حيث تتيح لجسمك التكيف مع الدواء تدريجياً.

الجرعة الدائمة

بمجرد أن يجد طبيبك الجرعة المناسبة لك، ستكون هذه هي الجرعة التي تتناولها بانتظام. ويطلق عليها الجرعة الدائمة.

كيف ينبغي عليك تناول أبترافي؟

أبترافي هو دواء يتم تناوله كل صباح ومساءً لعلاج ارتفاع ضغط الدم الشرياني الرئوي، يطلق عليه أيضًا Pulmonary Arterial Hypertension (PAH).

الجرعة المبدئية من أبترافي هي ٢٠٠ ميكروجرام مرة واحدة في الصباح ومرة واحدة في المساء. ينبغي تناول أول جرعة من أبترافي في المساء. ينبغي عليك تناول كل جرعة مع كوب من الماء، يفضل أثناء الوجبة. ينبغي ألا يتم وصف أبترافي إلا من قبل طبيب من ذوي الخبرة في علاج ارتفاع ضغط الدم الشرياني الرئوي. احرص دائمًا على تناول أبترافي كما أخبرك الطبيب تمامًا. تأكد من طبيبك إذا كنت غير متأكد أو كانت لديك أية استفسارات.

أخبر طبيبك إذا كنت تعاني من آثار جانبية، فقد يؤثر ذلك على الجرعة المناسبة لك. أخبر طبيبك إذا كنت تتناول أدوية أخرى لأن طبيبك قد يوصي بأخذ علاج أبترافي مرة واحدة يوميًا فقط. إذا كان لديك ضعف في الرؤية أو تعاني من أي نوع من العمى، فيمكنك الحصول على المساعدة من شخص آخر عند تناول أبترافي أثناء فترة تعديل الجرعة.

سبتمبر ٢٠٢١

- ١٤ متى يمكنك الانتقال إلى الجرعة الدائمة
- ١٦ في حالة نسيان تناول أبترافي
- ١٧ إذا توقفت عن تناول أبترافي
- ١٨ مفكرة المعايرة

المحتويات

- ٤ كيف ينبغي عليك تناول أبترافي؟
- ٦ كيف ينبغي زيادة الجرعة؟
- ٨ ما هي الخطوات؟
- ١٠ متى ينبغي تقليل الجرعة؟
- ١٢ تقليل الجرعة

دليل المعايير

معلومات مهمة للسلامة

أبترافي®

أقراص مغلفة بطبقة رقيقة

سليكسيباج

تمت مراجعة هذا الكتيب و اعتماده من
قبل الهيئة العامة للغذاء و الدواء

بدء العلاج باستخدام أبترافي

الرجاء قراءة نشرة معلومات المريض المصاحبة قبل بدء العلاج.

أخبر الطبيب المعالج في حالة معانتك من آثار جانبية، فقد يُوصي بتغيير جرعة أبترافي التي تتناولها.

أخبر الطبيب المعالج إذا كنت تتناول أدوية أخرى، فقد يُوصي بتغيير الجرعة من قبل طبيبك المختص.

للإبلاغ عن أي عرض (أعراض) جانبية:

المركز الوطني للتبليغ الدوائي

- مركز الاتصال الموحد: ١٩٩٩٩

- البريد الإلكتروني: npc.drug@sfd.a.gov.sa

- الموقع الإلكتروني: http://ade.sfd.a.gov.sa

الاتصال بالشركة:

إذا كان لديك أسئلة أخرى أو تحتاج معلومات إضافية، يرجى التواصل مع قسم السلامة المحلي الخاص بالشركة:

البريد الإلكتروني: GCC-PV2@its.jnj.com

سبتمبر ٢٠٢١

Product Artwork CoE**janssen**

Shared mailbox: RA-JANBE-GRAPHDES@its.jnj.com

Booklet UPTRAVI**PCC AW_184956***Template Ref. Name:* 3P_Allpack/BO/120x65M1*Tech. info/Spec:* N/A*Market:* SA*Mat. ID Code:* N/A*File Name:* AW_184956.indd (CC - PC)*Font Type:* Helvetica World / Arial / Gotham*Font Size:* 9 pt

x-height (lowercase) Times NR	Times New Roman compared to Actelion standard fonts			
	Times New Roman	Helvetica Neue LT / Arial	Univers	Gotham book
0.947 mm	6 pt xxx	5.2 pt xxx	5.4 pt xxx	5.2 pt xxx
1.104 mm	7 pt xxx	6.1 pt xxx	6.3 pt xxx	6.1 pt xxx
1.262 mm	8 pt xxx	7 pt xxx	7.2 pt xxx	6.9 pt xxx
1.42 mm	9 pt xxx	7.8 pt xxx	8 pt xxx	7.8 pt xxx

 **Black** **Cyan** **Magenta** **Yellow***Date (Designer)*

1. 08-SEP-21 (Sourmen)

2. 08-SEP-21 (Sourmen)

3. 24-SEP-21 (Sourmen)

4. 15-NOV-21 (Sourmen)

5. 22-NOV-21 (Sourmen)

6.