

KARTA PACJENTA PRZYJMUJĄCEGO LEK LENALIDOMIDE ACCORD

Inicjały pacjenta: Data urodzenia:

Imię i nazwisko lekarza: Numer telefonu lekarza:

Lekarz wypełnia wszystkie poniższe informacje

1. Wskazanie, w jakim przepisano lek

Szczyzak mnogi: nowo zdiagnozowany po co najmniej jednej terapii:
Rodzaj zastosowanego leczenia

Chłoniak grudkowy: Stopień 1 Stopień 2 Stopień 3

Zespoły mielodysplastyczne

Chłoniak z komórek płaszczka: nawracający oporny na leczenie

Inne: Proszę określić

2. Status pacjenta (proszę zaznaczyć jedno z poniższych)

- Mężczyzna
- Kobieta niebędąca w wieku rozrodczym / niemogąca zajść w ciążę*
(* monitoring Programu Zapobiegania Cięży niewymagany)
- Kobieta w wieku rozrodczym / mogąca zajść w ciążę**
** Proszę wypełnić również punkt 4.

3. Porada dotycząca przewidywanej teratogenności produktu Lenalidomide Accord u ludzi i konieczności uniknięcia ciąży została udzielona przed wypisaniem pierwszej recepty.

Podpis lekarza Data

KARTA PACJENTA PRZYJMUJĄCEGO LEK LENALIDOMIDE ACCORD

Kopię Karty Pacjenta należy wydać Pacjentowi

4. Dotyczy Kobiet w wieku rozrodczym / mogących zajść w ciążę

Data wizyty	Pacjentka stosuje skuteczną metodę zapobiegania ciąży (Tak/Nie)	Data ostatniego wykonanego testu ciążowego z wynikiem negatywnym (Jeśli dotyczy)	Potwierdzony brak ciąży (Proszę zaznaczyć ✓)	Data wypisania recepty na Lenalidomide Accord	Podpis lekarza	Recepta zrealizowana przez	Data realizacji recepty

** Kobiety w wieku rozrodczym muszą przed wypisaniem recepty wykonać pod nadzorem lekarza test ciążowy z wynikiem negatywnym (o czułości minimalnej 25 mIU/ml), po ustaleniu, że stosują antykoncepcję przez co najmniej 4 tygodnie, co 4 tygodnie w trakcie leczenia (w tym w czasie przerw w leczeniu) i 4 tygodnie po zakończeniu terapii (chyba że potwierdzona jest sterylizacja jajowodów). Obejmuje to również kobiety w wieku rozrodczym, które potwierdzają całkowitą i ciągłą abstynencję seksualną. Więcej informacji znajduje się w Charakterystyce Produktu Leczniczego.