

Karta pacienta Lenalidomid Alvogen

Meno pacienta:

Dátum narodenia:

Meno lekára:

Adresa lekára:

Telefónne číslo lekára:

Vyplní lekár:

1. Indikácia:

Mnohopočetný myelóm: ndMM (novo diagnostikovaný mnohopočetný myelóm)

Po minimálne jednej predchádzajúcej terapii:

Línia terapie

Iné:

Uvedte

2. Stav pacienta (zaškrtnite jedno)

Muž

Žena, ktorá nemôže otehotnieť*

(*nie je nutné sledovanie v rámci Programu prevencie tehotenstva (PPP))

Žena, ktorá môže otehotnieť**

**Vyplňte taktiež časť 4.

3. Pred prvým predpísaním lieku bolo poskytnuté poradenstvo týkajúce sa očakávanej humánnej teratogenity lenalidomidu a potrebe predísť tehotenstvu.

Podpis pacienta

Podpis lekára

Dátum

Dátum

Kópia karty pacienta zo zdravotnej dokumentácie odovzdávaná pacientovi.

