

ŽIADANKA NA LENALIDOMID ALVOGEN (lenalidomide)

Komu: UNIPHARMA – 1. slovenská lekárnická akciová spoločnosť

Opatovská cesta 4, 972 01 Bojnice Bratislava

Email: specialnepredaje@unipharma.sk

Tel: +421 905 256 615

Kto: Meno lekára, ktorý predpísal liek:

Stav pacienta (zaškrtnite jedno)

■ Muž

■ Neplodná žena*

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

■ Plodná žena**

**Vyplňte taktiež časť 4.

Objednávam nasledujúce balenia lieku: Lenalidomid Alvogen (lenalidomide):

| Kód ŠUKL-u | Balenie: | Počet objednaných balení: |
|------------|---|---------------------------|
| 8480C | Lenalidomid Alvogen 21 x 10 mg tvrdé kapsuly | |
| 8481C | Lenalidomid Alvogen 21 x 15 mg tvrdé kapsuly | |
| 8482C | Lenalidomid Alvogen 21 x 25 mg tvrdé kapsuly | |

Na liečbu pre môjho individuálneho pacienta (vlozte iba iniciály pacienta):

Dátum:

Podpis a pečiatka lekárne:

Podpis a pečiatka lekára

Zároveň podpisom potvrdzujem oboznámenie a dodržiavanie plánu riadenia rizík
pre Lenalidomide Alvogen