

## REGISTRAČNÝ FORMULÁR PRE LEKÁRNE Vypíňa odborný zástupca alebo náhradný odborný zástupca

Názov zariadenia:	
Odborný zástupca (alebo náhradný odborný zástupca):	
Kontaktné telefónne číslo:	
E-mail:	
Doručovacia adresa:	Fakturačná adresa (ak sa líši):
Tel.:	Tel.:
Fax:	Fax:
E-mail:	E-mail:

V mene (názov zariadenia) \_\_\_\_\_  
súhlasím so zavedením nasledujúcich postupov na minimalizáciu rizika pri nakladaní s lekáskymi predpismi Lenalidomidu Glenmark, ako ich špecifikuje spoločnosť GLENMARK PHARMACEUTICALS SK, s.r.o. v informačnom balíku pre zdravotníckych pracovníkov tykajúcich sa Lenalidomidu Glenmark.

1.	Všetci lekárnici, ktorí budú vydávať Lenalidomid Glenmark, si budú musieť prečítať a porozumieť informačnému balíku pre zdravotníckych pracovníkov týkajúceho sa Lenalidomidu Glenmark.	
2.	Prečítal/-a a porozumel/-a som informačnému balíku pre zdravotníckych pracovníkov týkajúceho sa Lenalidomidu Glenmark.	
3.	Lenalidomid Glenmark bude vydávaný, kontrolovaný a uchovávaný v súlade s Programom prevencie tehotenstva.	
4.	Registrovaná lekárka použije Lenalidomid Glenmark len na výdaj pacientovi.	
5.	Lekárnik, ktorý vydáva Lenalidomid Glenmark dôkladne skontroluje každý predpis a úplnosť a správnosť Formulár pre lekára – oprávnenie preskripcie Lenalidomidu Glenmark a tento formulár pred odoslaním podpíše.	
6.	Lenalidomid Glenmark bude vydaný len v prípade, ak je k lekáskemu predpisu priložený vyplnený Formulár pre lekára – oprávnenie preskripcie Lenalidomidu Glenmark.	
7.	Výdaj lieku bude obmedzený na maximálne 4-týždňovú liečebnú dávku u žien, ktoré môžu otehotnieť a 12-týždňovú liečebnú dávku u mužov a žien, ktoré nemôžu otehotnieť.	
8.	Po vydaní bude Formulár pre lekára – oprávnenie preskripcie Lenalidomidu Glenmark uchovávaný v lekárni minimálne 2 roky. Kópia každého vyplneného Formulára pre lekára – oprávnenie preskripcie bude odoslaná distribútorovi.	
9.	Lenalidomid Glenmark musí byť vydaný ženám, ktoré môžu otehotnieť do 7 dní.	

Rozumiem tomu, že registrácia za účelom objednávanie a vydávanie Lenalidomidu Glenmark mi bude vydaná len v prípade, ak súhlasím s vyššie uvedenými bodmi 1 - 9. Registrácia je platná 2 roky, a potom opäť potvrdím, že aj naďalej budem dodržiavať postupy na minimalizovanie rizík vyplnením tohto formulára a jeho odoslaním spoločnosti GLENMARK PHARMACEUTICALS SK, s.r.o.

Podpis: \_\_\_\_\_

Meno tlačným písmom: \_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_

**Vyplnený Registračný formulár pre lekárne zašlite na adresu:**

GLENMARK PHARMACEUTICALS SK, s.r.o.

Tomášikova 64, 831 04 Bratislava, Slovenská republika

Tel: +421 2 202 550 41, E-mail: info-sk@glenmarkpharma.com