

Formulár lekára - oprávnenie preskripcie

Tento formulár musí byť vyplnený zakaždým, keď je predpísaný lenalidomid, a musí byť pacientovi odovzdaný spolu s lekársnym predpisom.

Tento formulár je povinný pre všetkých pacientov bez ohľadu na ich pohlavie a reprodukčný potenciál.

Pacient bude môcť dostať lenalidomid v lekárni až po predložení lekárskeho predpisu lekárnikovi spolu s vyplneným Formulárom lekára – oprávnenie preskripcie. Všetky vyplnené formuláre, bez ohľadu na diagnózu, musia farmaceuti poslať na adresu **lenalidomide@leram-pharma.sk**.

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Názov zariadenia: | | | |
| Rok narodenia pacienta: | | Kód pacienta: | |
| Predpisujúci lekár: | | | |
| Diagnóza: | <input type="checkbox"/> Mnohopočetný myelóm | | |
| Predpísaná sila kapsuly: | <input type="checkbox"/> 10 mg | <input type="checkbox"/> 15 mg | <input type="checkbox"/> 25 mg |
| Počet predpísaných cyklov: | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Celkový počet kapsúl: | | | |
| Zadajte prosím počet cyklov liečby lenalidomidom predpísaných pre tohto pacienta: | | | |

Žena, ktorá nemôže otehotnieť

Muž

Poznámka pre lekárnik – nevydávajte, pokiaľ nie je vyplnené

Žena, ktorá môže otehotnieť (predpis max na 4 týždne)

Dátum posledného negatívneho tehotenského testu: dd-mĕn-gggg

Poznámka pre lekárnik – nevydávajte, pokiaľ nie je vyplnené a negatívny test nebol vykonaný do 3 dní pred dátumom predpisania.

K vydaniu Lenalidomidu Grindeks sú potrebné oba podpisy.

Prehlásenie predpisujúceho lekára

Som lekár so skúsenosťami s protirakovinovou liečbou, som oboznámený s Informačnou sadou pre zdravotníckych pracovníkov, rozumiem jej, a potvrdzujem, že pacient podpísal Kontrolný zoznam pre liečbu lenalidomidom.

Meno lekára, priezvisko, podpis:

Dátum:

Poznámka pre lekárnik – lekársky predpis a Formulár lekára – oprávnenie preskripcie musia mať rovnaký dátum.

Prehlásenie farmaceuta

Potvrdzujem, že tento Formulár lekára – oprávnenie preskripcie pre Lenalidomid Grindeks je vyplnený, a že sa výdaj uskutočnil do 7 dní odo dňa predpísania lieku. Potvrdzujem, že som oboznámený s Informačnou sadou pre zdravotníckych pracovníkov a rozumiem jej.

Meno farmaceuta, priezvisko, podpis:

Dátum:

Pečiatka:

Názov a PSČ výdajnej
lekárne:

Vyplnený formulár pošlite e-mailom na adresu lenalidomide@leram-pharma.sk.

E-mail od (meno, priezvisko, podpis):

Dátum: