

## Registračný formulár pre lekárne

|                   |  |
|-------------------|--|
| Názov lekárne:    |  |
| Odborný zástupca: |  |
| Adresa lekárne:   |  |
| Telefónne číslo:  |  |
| E-mail:           |  |

Ja, .....[meno odborného zástupcu], súhlasím so zavedením nasledujúcich postupov pri zaobchádzaní s lekáorskými predpismi na minimalizáciu rizika pre Lenalidomid Grindeks, ako sú špecifikované v Informačnej sade pre zdravotníckych pracovníkov.

Označiť

|  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Lenalidomid Grindeks bude vydávaný, kontrolovaný a uchovávaný podľa našich štandardných zdokumentovaných postupov pre perorálne protirakovinové lieky.  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Všetci lekárnici, ktorí vydávajú Lenalidomid Grindeks, si musia prečítať a porozumieť Informačnej sade pre zdravotníckych pracovníkov.  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Predpísaný Lenalidomid Grindeks bude vydaný iba v prípade, že k lekáorskemu predpisu bude priložený vyplnený Formulár pre lekára – oprávnenie preskripcie.  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Lekárnik vydávajúci Lenalidomid Grindeks skontroluje úplnosť každého lekáorského predpisu a Formulára pre lekára – oprávnenie preskripcie a pred vydaním lieku tento formulár podpisom potvrdí.                                       | <input type="checkbox"/> |
| 5. Výdaj lieku bude obmedzený na nie viac ako 4-týždňovú zásobu pre ženy vo fertiltinom veku a 12-týždňovú zásobu pre mužov a ženy, ktoré nemôžu otehotnieť.   | <input type="checkbox"/> |
| 6. Po vydaní lieku bude Formulár pre lekára – oprávnenie preskripcie uchovávaný v lekárni minimálne 2 roky. Kópia každého vyplneného Formulára pre lekára – oprávnenie preskripcie bude odoslaná na adresu lenalidomide@leram-pharma.sk. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Informácie poskytnuté na Formulári pre lekára – oprávnenie preskripcie budú použité na vypracovanie anonymizovaných súhrnných hlásení pre regulačné úrady za účelom vyhodnotenia zavedenia Programu prevencie tehotenstva.            | <input type="checkbox"/> |
| 8. Prečítal(a) som si Informačnú sadu pre zdravotníckych pracovníkov a porozumel som jej.  | <input type="checkbox"/> |

Beriem na vedomie, že registrácia za účelom objednávanía a vydávania Lenalidomidu Grindeks bude lekárni udelená iba pri súhlase s vyššie uvedenými bodmi 1–8.

Vyplnením tohto formulára a jeho odoslaním spoločnosti AS GRINDEKS e-mailom (**lenalidomide@leram-pharma.sk**) potvrdzujem, že sa budeme riadiť postupmi pre Kontrolovaný systém distribúcie a podmienkami Programu prevencie tehotenstva.

|         |        |
|---------|--------|
| Podpis: | Dátum: |
|---------|--------|