

Lenalidomid Sandoz

Karta pacienta

Iniciály pacienta:..... Dátum narodenia:.....

Meno ošetrojúceho lekára:.....

Adresa pracoviska lekára:.....

Tel. číslo lekára:

Lekár vyplní všetky časti.

1. Indikácia:

Tento pacient užíva Lenalidomid Sandoz na liečbu:

- mnohopočetný myelóm
- myelodysplastický syndróm
- lymfóm z plášťových buniek
- folikulárny lymfóm

2. Informácie o pacientovi (vyznačte len jednu možnosť)

- Muž
- Žena, ktorá nemôže otehotnieť*
(*nevyžaduje sa sledovanie v rámci Programu prevencie tehotenstva, PPT)
- Žena, ktorá môže otehotnieť**
(**Prosím, vyplňte tiež časť 4)

3. Pred prvým predpísaním lieku bolo pacientovi poskytnuté poradenstvo týkajúce sa očakávanej teratogenity Lenalidomidu Sandoz na plod a potreby vyhnutia sa tehotenstvu

Podpis lekára

Dátum.....

Kópiu karty pacienta poskytnite pacientovi.

4. Ženy, ktoré môžu otehotnieť

Dátum návštevy	Pacientka používa niektorú z účinných metód antikoncepcie (áno/nie)	Dátum vykonania tehotenského testu s NEGATÍVNYM výsledkom (ak je to potrebné)	Potvrdená absencia rizika tehotenstva (prosím označte krížikom)	Dátum predpísania Lenalidomidu Sandoz	Podpis lekára	Liek vydal/vydala	Dátum vydania lieku

**** Ženy, ktoré môžu otehotnieť musia** mať negatívne výsledky tehotenských testov (s minimálnou citlivosťou 25 mIU/ml) vykonaných pod dohľadom lekára pred predpísaním lieku po 4 týždňoch užívania antikoncepcie, ďalej v 4 týždňových intervaloch počas liečby (aj počas prerušenia liečby) a 4 týždne po jej ukončení (pokiaľ nebola potvrdená sterilizácia podviazaním vajíčkovodov). Týka sa to aj žien, ktoré môžu otehotnieť a zaviazali sa k úplnej a nepretržitej sexuálnej abstinencii. Podrobnejšie informácie nájdete v Súhrne charakteristických vlastností lieku (SPC) dostupný aj na: www.sukl.sk.