

Formulár na začatie liečby pre mužov

Tento formulár na začatie liečby sa musí vyplniť pre každého pacienta – muža predtým, ako začne liečbu liekom Revlimid (lenalidomid).

Formulár sa musí uchovávať spolu s lekárskymi záznamami a pacient dostane jeho kópiu.

Účelom tohto formulára je zaistiť všetky potrebné kroky, aby sa zabránilo možnosti, že účinkom lieku Revlimid bude vystavený plod. Má prispieť k úplnej informovanosti pacienta tak, aby pochopil riziko teratogenity a ďalších nežiaducich účinkov spojených s podávaním Revlimidu. Nie je to zmluva a nezbavuje nikoho zodpovednosti za bezpečné užívanie tohto lieku a za prevenciu fetálnej expozície.

Upozornenie: Očakávajú sa závažné život ohrozujúce vrodené chyby u ľudí. Ak sa Revlimid užíva počas gravidity, očakáva sa teratogénny účinok.

Meno pacienta	Dátum narodenia
----------------------	------------------------

Menovanému pacientovi som podrobne vysvetlil charakter liečby, jej zmysel a riziko spojené s užívaním Revlimidu, najmä riziko pre ženy, ktoré môžu otehotnieť. Ako lekár predpisujúci Revlimid akceptujem všetky povinnosti a záväzky.

Meno lekára	Dátum poradenstva
Podpis lekára	

Pacient: Prosím, starostlivo si prečítajte a označte použitím "X" príslušné okienko formulára, ak súhlasíte s týmto výrokom:

Som si vedomý toho, že pri užívaní Revlimidu sa očakávajú závažné vrodené chyby plodu. Môj lekár ma upozornil, že každé nenarodené dieťa má vysoké riziko vrodených chýb a dokonca môže zomrieť, ak je žena tehotná alebo otehotnie počas užívania Revlimidu.	
Som si vedomý toho, že Revlimid prechádza do ľudskej spermy. Súhlasím, že budem počas celého trvania liečby, počas prerušenia liečby a aj 7 dní po jej skončení používať kondóm, ak je moja partnerka tehotná alebo môže otehotnieť a nepoužíva žiadnu účinnú metódu antikoncepcie.	
Som si vedomý toho, že ak moja partnerka otehotnie počas mojej liečby Revlimidom alebo aj 7 dní po skončení mojej liečby Revlimidom, musím o tom okamžite informovať svojho lekára a moja partnerka má kontaktovať svojho gynekológa.	
Som si vedomý toho, že Revlimid bol predpísaný mne osobne a že ho nesmiem dať nikomu inému.	
Prečítal som si a porozumel som Príručke pre pacientov, vrátane informácií o možných ďalších vedľajších účinkoch Revlimidu.	
Viem, že počas liečby Revlimidom a 7 dní po jej skončení nemôžem darovať krv.	
Viem, že počas liečby Revlimidom, počas prerušenia liečby a 7 dní po skončení liečby nemôžem darovať spermium.	
Som si vedomý toho, že všetky nespotrebované kapsuly Revlimidu musím po skončení liečby vrátiť do lekárne.	

Potvrdzujem, že som porozumel a splním požiadavky Programu prevencie gravidity pri Revlimide a súhlasím, aby ma môj lekár mohol začať liečiť Revlimidom.

Podpis pacienta	Dátum
------------------------	--------------