

# Lenalidomid Grindeks

## 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 dispecercc@med-art.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 lekárniku – nevydávajte, pokiaľ nie je vyplnené**

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

Dátum posledného negatívneho tehotenského testu:

**Poznámka pre lekárniku – 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 lekárniku – 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 [dispecercc@med-art.sk](mailto:dispecercc@med-art.sk)**

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

Dátum: