

Lenalidomid Grindeks

Lenalidomid Grindeks (lenalidomid) Karta pacienta

Meno a priezvisko pacienta:		Dátum narodenia:
Meno a priezvisko lekára:		
Adresa:		
Telefónne číslo:		

Lekár vyplní nasledujúce časti:

1. Indikácia:

Mnohopočetný myelóm

- Novodiagnostikovaný mnohopočetný myelóm
- Doteraz neliečený mnohopočetný myelóm u pacientov, ktorí nie sú spôsobilí na transplantáciu
- Mnohopočetný myelóm s najmenej jednou predchádzajúcou liečbou: typ liečby

2. Typ pacienta (označiť jeden)

- Žena, ktorá nemôže otehotnieť*
*nie je vyžadovaný monitoring Programu prevencie tehotenstva (PPT)
- Muž
- Žena, ktorá môže otehotnieť **
** prosím vyplňte časť 4

3. Potvrdenie, že pred prvým predpísaním lieku bolo poskytnuté poradenstvo týkajúce sa očakávanej teratogenity lenalidomidu u ľudí a potreby prevencie tehotenstva

Podpis lekára:

Dátum:

4. Pre ženy, ktoré môžu otehotnieť***

Dátum návštevy	Pacientka používa efektívnu metódu antikoncepcie (Áno/Nie)	Dátum NEGATÍVNEHO tehotenského testu (AK JE RELEVANTNE)	Potvrdenie, že neexistuje riziko tehotenstva (PROSÍM ZAČIARKNITE)	Dátum predpísania lenalidomidu	Podpis lekára

*** U žien, ktoré môžu otehotnieť, sa musia pred začatím liečby po stanovení účinnej antikoncepcie, každé 4 týždne počas liečby a 4 týždne po ukončení liečby pod lekárskej dohľadom vykonať tehotenské testy minimálne s citlivosťou 25 mIU/ml, okrem prípadov potvrdenej sterilizácie vajíčkovodov. Táto požiadavka platí aj pre ženy, ktoré môžu otehotnieť a dodržiavajú úplnú a nepretržitú sexuálnu abstinenciu. Pre ďalšie informácie pozri Súhrn charakteristických vlastností lieku.