

Lenalidomid Grindeks

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 lekárske 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 lekárske predpisu bude priložený vyplnený Formulár pre lekára – oprávnenie preskripcie.	<input type="checkbox"/>
4. Lekárnik vydávajúci Lenalidomid Grindeks skontroluje úplnosť každého lekárskeho 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 fertílno m 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 vigilance@grindeks.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 odborníkov a porozumel som jej.	<input type="checkbox"/>

Beriem na vedomie, že registrácia za účelom objedávania 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 (vigilance@grindeks.sk) potvrdzujem, že sa budeme riadiť postupmi pre Kontrolovaný systém distribúcie a podmienkami Programu prevencie tehotenstva.

Podpis:	Dátum:
---------	--------