

# KARTA PACIENTA

## Karta pacienta, ktorý sa lieči liekom s obsahom pomalidomidu

(Kartu založte medzi zdravotné záznamy pacienta)

Meno pacienta:

Dátum narodenia,  
vek alebo veková skupina:

Meno lekára:

Adresa pracoviska:

Telefónne číslo:

Vyplní lekár:

**1. Indikácia** (prosím podrobne špecifikujte podľa SPC)

**2. Kategória pacienta** (označte jednu možnosť)

Žena, ktorá nemôže otehotnieť

Muž

Žena, ktorá môže otehotnieť\* (Prosím vyplňte aj druhú stranu)

Podpis lekára:

Dátum

### 3. Ženy, ktoré môžu otehotnieť<sup>a</sup>

Dátum návštevy	Pacientka užíva aspoň jednu účinnú metódu antikoncepcie	Dátum tehotenského testu	Výsledok tehotenského testu
	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> NEZNÁME <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný <sup>c</sup>
	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> NEZNÁME <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný <sup>c</sup>
	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> NEZNÁME <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný <sup>c</sup>
	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> NEZNÁME <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný <sup>c</sup>
	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> NEZNÁME <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný <sup>c</sup>
	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> NEZNÁME <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný <sup>c</sup>
	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> NEZNÁME <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný <sup>c</sup>
	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> NEZNÁME <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný <sup>c</sup>
	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> NEZNÁME <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný <sup>c</sup>
	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> NEZNÁME <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný <sup>c</sup>
	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> NEZNÁME <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Ženy, ktoré môžu otehotnieť, musia mať negatívny tehotenský test (s minimálnou citlivosťou 25 mIU/ml) vykonaný pod dohľadom lekára pred predpísaním lieku, prvýkrát po aspoň 4 týždňoch užívania antikoncepcie pred začatím liečby, ďalej aspoň v 4-týždňových intervaloch počas liečby a aj počas prerušenia liečby a nakoniec aspoň 4 týždne po ukončení liečby (s výnimkou sterilizácie podviazaním vajíčkovodov). Týka sa to aj žien, ktoré sa zaviazali k úplnej



**4. Poradenstvo v súvislosti s očakávaným teratogénnym účinkom u ľudí a potrebe predchádzať gravidite bolo poskytnuté pred prvým predpísaním lieku**

Meno lekára:

Podpis lekára:

Dátum: