

Lenalidomid Sandoz

Karta pacienta

Iniciály pacienta:..... Dátum narodenia:.....

Meno ošetrojúceho lekára:.....

Adresa pracoviska lekára:.....

Tel. číslo lekára:

Lekár vyplní všetky časti.

1. Indikácia:

Tento pacient užíva Lenalidomid Sandoz na liečbu:

- mnohopočetný myelóm
- myelodysplastický syndróm
- lymfóm z plášťových buniek
- folikulárny lymfóm

2. Informácie o pacientovi (vyznačte len jednu možnosť)

- Muž
- Žena, ktorá nemôže otehotnieť*
(*nevyžaduje sa sledovanie v rámci Programu prevencie tehotenstva, PPT)
- Žena, ktorá môže otehotnieť**
(**Prosím, vyplňte tiež časť 4)

3. Pred prvým predpísaním lieku bolo pacientovi poskytnuté poradenstvo týkajúce sa očakávanej teratogenity Lenalidomidu Sandoz na plod a potreby vyhnutia sa tehotenstvu

Podpis lekára

Dátum.....

Kópiu karty pacienta poskytnite pacientovi.

