

Lenalidomide Paciento kortelė

Ši paciento kortelė sudaryta siekiant sumažinti negimusio vaiko apsigimimų riziką ir užtikrinti, kad vartodami lenalidomidą pacientai laikytųsi specialių saugumo reikalavimų

Informacija apie pacientą	
Vardas, pavardė:	Gimimo data:
Informacija apie gydytoją	
Vardas, pavardė:	Telefono numeris.:
Adresas:	

Užpildo gydytojas prieš gydymo lenalidomidu pradžią	
Indikacija (prašau nurodyti išsamiai):	
Pacientas:	☐ Vaikų galinti turėti moteris (prašau taip pat užpildyti kitą puslapį)
	☐ Vaikų negalinti turėti moteris
	☐ Vyras

Ar prieš išduodant pirmąjį receptą pacientui buvo paaiškinta apie tikėtiną lenalidomido teratogeninį poveikį žmogui bei būtinybę vengti nėštumo?	☐ taip ☐ ne
--	---

Data	Paciento parašas	Data	Gydytojo parašas

Šio Paciento paso-Gydymo kortelės kopija išduota pacientui.

Informaciją kaip G.L. Pharma GmbH naudoja asmeninius duomenis galima rasti:

<https://gl-pharma.at/privacy-policy/>

Užpildoma moterims, galinčioms turėti vaikų	
Ar pacientė vartojo veiksmingą kontracepcijos metodą mažiausiai 4 savaites prieš gydymo lenalidomidu pradžią?	☐ taip ☐ ne
Ar pacientė įsipareigoja visiškai ir nuolat susilaikyti nuo lytinių santykių gydymo lenalidomidu metu?	☐ taip ☐ ne
Ar prieš pradedant gydymą atlikto nėštumo testo atsakymas yra neigiamas?	☐ taip ☐ ne
Nėštumo testo atlikimo data:	

Vaikų galinčiai turėti moteriai specialisto priežiūroje turi būti nustatytas neigiamas nėštumo testas

- **prieš vaisto** paskyrimą (kurio minimalus jautrumas yra 25 mIU/ml), kai pacientė 4 savaites laikėsi kontracepcijos,
- kas 4 savaites **gydymo metu** (įskaitant vaisto vartojimo sustabdymo laiką) ir
- **praėjus** 4 savaitėms po gydymo pabaigos (nebent patvirtinta sterilizacija perrišant kiaušintakius).

Tai taikoma taip pat vaikų galinčioms turėti moterims, kurios patvirtina visišką ir nuolatinį susilaikymą nuo lytinių santykių.

Daugiau informacijos apie lenalidomido vartojimą rasite Lenalidomide G.L. Pharma *Preparato charakteristikų santraukoje* arba *Lenalidomide G.L. Paciento brošiūroje*.

Gydymo apžvalga (moterų galinčių turėti vaikų)

<i>Vizito data</i>	<i>Pacientė naudoja veiksmingą kontracepcijos metodą</i>	<i>Neigiamo nėštumo testo data</i>	<i>Pacientė patvirtina visišką ir nuolatinį susilaikymą nuo lytinių santykių</i>	<i>Patvirtinama, kad nėštumo rizikos nėra</i>	<i>Lenalidomido paskyrimo data</i>	<i>Receptą vaistui išrašė</i>
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	
d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	d / mėn / metai	☐ taip ☐ ne	☐ patvirtinta	d / mėn / metai	

Teksto patvirtinimo data: 2020 12

Pastabos

Lined area for patient notes.