

THALIDOMIDE BMS<sup>®</sup> (talidomid)

**PATIENTKORT**

## Viktiga delar i patientkortet för Thalidomide BMS®

Patientens namn eller initialer eller kod/identifierare som är unik för patienten:

.....

Födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp:

DD/MM/ÅÅÅÅ

Läkarens namn (TEXTA): .....

Adress (TEXTA): .....

Telefonnummer: .....

***Läkaren ska fylla i varje avsnitt.***

### 1. Indikation (ange i detalj enligt produktresumén)

.....

### 2. Patientens status (kryssa i ett alternativ)

Infertil kvinna

Man

Fertil kvinna\*

(\* Fyll även i avsnitt 3)

### 3. För fertila kvinnor<sup>a</sup>

Datum för aktuellt besök	Patienten använder minst en effektiv preventivmetod (Kryssa i ett alternativ)	Datum för graviditetstest	Resultat av graviditetstest (Kryssa i ett alternativ)	Datum för föreskrivning av Thalidomide BMS <sup>®</sup>	Läkarens namn (TEXTA)	Läkarens underskrift
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup>			

<sup>a</sup> Fertila kvinnor måste ha gjort ett medicinskt övervakat graviditetstest med negativt resultat före föreskrivningen (med minst känsligheten 25 mIU/ml) efter att ha använt preventivmedel i minst 4 veckor, graviditetstestas minst var fjärde vecka under behandlingen (även under behandlingsavbrott) samt använt preventivmedel i minst 4 veckor efter att behandlingen avslutats (förutom vid bekräftad tubarsterilisering). Detta innefattar fertila kvinnor och som bekräftar att de är fullständigt och konstant sexuellt avhållsamma. För mer information, se produktresumén.

<sup>b</sup> Ange gärna orsaken till svaren "Nej" eller "Inte känt" i själva formuläret. Vid behov kontakta annan häslo- och sjukvårdspersonal för att ta reda på orsaken till sådana svar.

<sup>c</sup> Ange gärna orsaken till svaret "Inte gjort" i själva formuläret. Vid behov kontakta annan häslo- och sjukvårdspersonal för att ta reda på orsaken till sådant svar

4. Patienten har före den första förskrivningen fått rådgivning om förväntad human teratogenicitet av Thalidomide BMS® och vikten av att undvika graviditet.

Läkarens namn

Läkarens underskrift

Datum

DD/MM/ÅÅÅÅ