



Patientkort

Pomalidomid Avansor (pomalidomid)

Viktiga delar av patientkortet för Pomalidomid Avansor (pomalidomid)

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

.....

Patientens födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp:

DD/MM/ÅÅÅÅ

Läkarens namn:

Läkarens telefonnummer, kontorstid:

Läkarens telefonnummer, utanför kontorstid:

Läkaren ska fylla i varje avsnitt i detta patientkort:

1. Indikation (ange i detalj enligt produktresumén)

.....

2. Patientens status (kryssa i ett alternativ)

- ☐ Icke fertil kvinna
- ☐ Man
- ☐ Fertil kvinna*
(*Fyll även i avsnitt 3)

3. För fertila kvinnor^a

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 nästa besök	Datum för förskrivning av pomalidomid	Läkarens namn	Läkarens underskrift
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:				

^a Fertila kvinnor måste ha gjort ett medicinskt övervakat graviditetstest med negativt resultat före förskrivningen (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.

^b Vid Nej eller Inte känt, ange anledning.

^c Vid Inte gjort, ange anledning.

4. Innan förskrivning skall behandlande läkare bekräfta att patienten har fått lämplig rådgivning samt förstått det; gällande behandlingen, pomalidomids förväntade teratogena effekt, preventivmetoder och graviditetsprevention:

Läkarens textat namn

Läkarens underskrift

Datum

Misstänkta biverkningar skall rapporteras till:

Läkemedelsverket

Box 26

751 03 Uppsala

Webbplats: www.lakemedelsverket.se