

Pomalidomide Teva

Patientkort

Viktiga delar av patientkortet för Pomalidomide Teva

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^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 förskrivning av pomalidomide	Läkarens namn (TEXTA)	Läkarens underskrift
DD/MM/ÅÅÅÅ		DD/MM/ÅÅÅÅ		DD/MM/ÅÅÅÅ		
	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:			

Datum för aktuellt besök <i>DD/MM/ÅÅÅÅ</i>	Patienten använder minst en effektiv preventivmetod (Kryssa i ett alternativ)	Datum för gravitetstest <i>DD/MM/ÅÅÅÅ</i>	Resultat av gravitetstest (Kryssa i ett alternativ)	Datum för förskrivning av pomalidomide <i>DD/MM/ÅÅÅÅ</i>	Läkarens namn (TEXTA)	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:			

^a Fertila kvinnor måste ha gjort ett medicinskt övervakat gravitetstest med negativt resultat före förskrivningen (med minst känsligheten 25 mIU/ml) efter att ha använt preventivmedel i minst 4 veckor. Upprepade gravitetstester var fjärde vecka under behandlingen (även under behandlingsavbrott) och i minst 4 veckor efter att behandlingen avslutats (förutom vid bekräftad tubasterilisering). Detta innefattar även 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. Patienten har fått rådgivning om förväntad human teratogenicitet hos pomalidomid och vikten av att undvika graviditet före den första förskrivningen

Textat namn (TEXTA)			
Läkarens underskrift			
Datum	DD	MM	ÅÅÅÅ