

Lenalidomide Grindeks

Patientkort

Patientens initialer

Födelsedatum

Läkarens namn

Adress

Telefonnummer

Alla avsnitt fylls i av läkaren:

1. **Indikation** (ange i detalj enligt produktresumén) :

2. **Typ av patient** (kryssa en)

☐ Kvinna som inte kan bli gravid*

*Monitorering enligt
graviditetspreventionsprogram krävs ej

☐ Man

☐ Kvinna som kan bli gravid**

** Fyll även i avsnitt 4

3. Jag intygar härmed att
rådgivning rörande
lenalidomids förväntade
teratogena effekt hos människa
och behovet av att undvika
graviditet har tillhandahållits
före den första förskrivningen

Läkarens underskrift:

Datum:

4. För kvinna som kan bli gravid^a

Besöksdatum	Patienten använder en effektiv preventivmetod (Kryssa i ett alternativ)	Datum för graviditetstest	Ingen risk för graviditet bekräftad (Kryssa i ett alternativ)	Datum för förskrivning av lenalidomid	Läkarens underskrift
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c		
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c		
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c		
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c		
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c		
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c		
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c		
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c		
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c		
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c		
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c		

^aKvinnor som kan bli gravida måste göra ett graviditetstest under medicinskt överinseende med en känslighet på lägst 25 mIE/ml innan behandling med lenalidomid sätts in efter att ha använt en effektiv preventivmetod i minst 4 veckor, var 4:e vecka och 4 veckor efter avslutad behandling om inte bekräftad äggledarsterilisering föreligger. Detta krav omfattar även kvinnor som kan bli gravida och som idkar absolut och oavbruten avhållsamhet. Ytterligare information finns i produktresumén.

^bAnge 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.

^cAnge 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