

Lenalidomid Medical Valley

Patientkort

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

Födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp (DD/MMM/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 lenalidomid	Läkarens namn (TEXTA)	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			

^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 inkluderar de fertila kvinnor som bekräftar absolut och kontinuerlig avhållsamhet. För mer information, se produktresumén.

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

^c Ange gärna orsaken till svaret "Inte gjort" i själva formuläret. Vid behov kontakta annan hälso- och sjukvårdspersonal för att ta reda på orsaken till sådant svar.

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

Textat namn

Läkarens underskrift

Datum (DD/MMM/ÅÅÅÅ)