BIOGLAN

Patientkort

Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Du kan hjälpa till genom att rapportera de biverkningar du eventuellt får. Information om hur du rapporterar biverkningar finns i slutet av avsnittet om biverkningar i bipacksedeln.

Viktiga delar av patientkortet för Pomalidomide Bioglan

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

_____

Födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp: _____

ÅÅÅÅ-MM-DD

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 effektivpreventivmetod (Kryssa i ett alternativ)	Datum för graviditets-test	Resultat av graviditetstest (Kryssa i ett alternativ)	Datum för för-skrivning av pomalidomid	Läkarens namn (TEXTA)	Läkarens underskrift
	☐Ja ☐Nej[b] ☐ Inte känt[b] Anledning:		☐Positiv ☐Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort[c] Anledning:			
	☐Ja ☐Nej[b] ☐ Inte känt[b] Anledning:		☐Positiv ☐Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort[c] Anledning:			
	☐Ja ☐Nej[b] ☐ Inte känt[b] Anledning:		☐Positiv ☐Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort[c] Anledning:			
	☐Ja ☐Nej[b] ☐ Inte känt[b] Anledning:		☐Positiv ☐Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort[c] Anledning:			
	☐Ja ☐Nej[b] ☐ Inte känt[b] Anledning:		☐Positiv ☐Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort[c] Anledning:			
	☐Ja ☐Nej[b] ☐ Inte känt[b] Anledning:		☐Positiv ☐Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort[c] Anledning:			
	☐Ja ☐Nej[b] ☐ Inte känt[b] Anledning:		☐Positiv ☐Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort[c] Anledning:			
	☐Ja ☐Nej[b] ☐ Inte känt[b] Anledning:		☐Positiv ☐Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort[c] Anledning:			
	☐Ja ☐Nej[b] ☐ Inte känt[b] Anledning:		☐Positiv ☐Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort[c] Anledning:			
	☐Ja ☐Nej[b] ☐ Inte känt[b] Anledning:		☐Positiv ☐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, minst var fjärde vecka under behandlingen (även under behandlingsavbrott) och 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. Patienten har fått rådgivning om förväntad human teratogenicitet hos pomalidomid och vikten av att undvika graviditet före den första förskrivningen

_____

Läkarens namn (TEXTA)

_____

Läkarens underskrift

_____

Datumn (ÅÅÅÅ-MM-DD)