

**REVLIMID KARTICA PACIJENTA**  
koji primenjuje lijek lenalidomid

▼ Ovaj lijek je pod dodatnim praćenjem. Time se omogućava brzo otkrivanje novih bezbjednosnih informacija. Zdravstveni radnici treba da prijave svaku sumnju na neželjeno dejstvo ovog lijeka. . Uputstva za prijavljivanje dostupna su na [www.cinmed.me](http://www.cinmed.me)

Ova kartica služi za evidentiranje sprovođenja programa prevencije trudnoće.

Ovu karticu popunjava ljekar koji je propisao lijek lenalidomid.

Ova kartica se čuva u medicinskoj dokumentaciji pacijenta.

Ime pacijenta, ili inicijali, ili broj zdravstvene knjižice/kartona:

Datum rođenja:

DD.MM.GGGG.

Ime ljekara (štampano):

Ustanova (štampano):

Mjesto:

*Ljekar popunjava sljedeće djelove*

**1. Indikacija (detaljno navesti u skladu sa Sažetkom karakteristika lijeka)****2. Status pacijenta (označiti jedno)**

- Žena koji nije u reproduktivnom periodu
- Muškarac
- Žena u reproduktivnom periodu\*   
(\*U tom slučaju popuniti dio 3)

### 3. Žena u reproduktivnom periodu<sup>a</sup>

Datum posjete	Pacijentkinja koristi bar jedan efikasan metod kontracepcije (označiti)	Datum testa na trudnoću	Rezultat testana trudnoću (označiti)	Datum propisivanja lijeka lenalidomid (datum recepta)	Ime ljekara (štampano)	Potpis ljekara
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nepoznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nepoznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nepoznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nepoznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nepoznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nepoznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nepoznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			

Datum posjete	Pacijentkinja koristi bar jedan efikasan metod kontracepcije (označiti)	Datum testa na trudnoću	Rezultat testana trudnoću (označiti)	Datum propisivanja lijeka lenalidomid (datum recepta)	Ime ljekara (štampano)	Potpis ljekara
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nepoznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nepoznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nepoznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nepoznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			

a Žene u reproduktivnom periodu moraju da imaju medicinski nadgledan negativan test trudnoće prije izdavanja recepta (sa minimalnom osjetljivošću od 25 mIU/ml) nakon što se utvrdi da koristi efikasnu kontracepciju tokom najmanje 4 nedjelje, najmanje svake 4 nedjelje tokom terapije (ovo uključuje prekide terapije) i najmanje 4 nedjelje nakon završetka terapije (osim ako nije potvrđena sterilizacija jajovoda). Ovo uključuje i žene u reproduktivnom dobu koje potvrđuju apsolutnu i kontinuiranu apstinenciju. Za dalje informacije pročitajte Sažetak karakteristika proizvoda.

b Može se navesti razlog za odgovor “Ne” ili “Nepoznato” u samom obrascu. Takođe, možete direktno da kontaktirate ljekara da biste saznali razlog za odgovore.

c Može se navesti razlog za odgovor “Nije urađeno” u samom obrascu. Takođe, možete direktno da kontaktirate ljekara da biste saznali razlog za odgovore.

4. Savjetovanje u vezi sa očekivanom teratogenošću lenalidomida kod ljudi i potrebom prevencije trudnoće pruženo je pacijentu prije propisivanja prvog recepta

Ime štampanim slovima

Potpis ljekara

Datum

DD.MM.GGGG.