

REVLIMID OBRAZAC PRISTANKA PACIJENTA
(za primenu lijeka Revlimid (lenalidomid))

Potpisom potvrđujem da sam ja, _____

_____, rođen(a) _____ primio(la) i razumio(la) informacije koje su mi

date o mogućim prednostima i mogućim rizicima kod primjene lenalidomida i da mi je ovo

objasnio ljekar koji mi je propisao lijek - _____

(ime štampanim slovima).

Konkretno potvrđujem:

DIO A (popunjavaju svi pacijenti)

- Moj ljekar mi je objasnio i razumio sam moguće rizike i moguće koristi povezane sa lenalidomidom. Imao sam priliku da postavljam pitanja i razumio sam odgovore na ta pitanja.
- Primio(la) sam, pročitao(la) i razumio Revlimid vodič za pacijente
- Razumijem da je lijek lenalidomid propisan meni lično i da ne treba da ga dajem bilo kojoj drugoj osobi, čak i ako boluje od iste bolesti kao ja. Lenalidomid treba da čuvam van domašaja djece.
- Sve neupotrebljene kapsule ću vratiti farmaceutu.
- Neću donirati krv tokom liječenja i najmanje 7 dana nakon prekida liječenja.

_____,
Mjesto

Datum

Potpis pacijenta

DIO B (popunjavaju samo pacijentkinje u reproduktivnom periodu, što utvrđuje ljekar)

- Potvrđujem da sam razumjela kako je lenalidomid štetan za nerođeno dijete.
- Obavezujem se da ću primjenjivati efikasnu kontracepciju najmanje 4 nedjelje prije početka liječenja, tokom prekida liječenja, tokom cjelokupnog trajanja liječenja, kao i najmanje 4 nedjelje nakon završetka liječenja ili potvrđujem kako se neću upuštati ni u kakve seksualne aktivnosti (potpuna i neprekidna seksualna apstinencija).
- Obavezujem se da ću se i u slučaju izostanka menstruacije tokom liječenja, i dalje pridržavati gore navedenih zahtjeva koji se odnose na kontracepciju.
- Saglasna sam da budem testirana na trudnoću najmanje svake 4 nedjelje, osim ako moj ljekar potvrdi da sam podvrgnuta podvezivanju jajovoda.
- Kada dobijem recept za lijek lenalidomid od svog ljekara, potrudiću se da preuzmem lijek u apoteci u roku od jednog radnog dana.
- U slučaju da zatrudnim tokom liječenja, prestaću sa uzimanjem lijeka lenalidomid i odmah ću se obratiti svom ljekaru.

_____, _____, _____
Mjesto Datum Potpis pacijenta

DIO C (popunjavaju samo muškarci)

- Potvrđujem da sam razumio kako je lenalidomid štetan za nerođeno dijete.
- Saglasan sam da koristim kondom (čak i u slučaju vazektomije) tokom trajanja terapije, tokom prekida terapije, kao i najmanje 7 dana nakon završetka terapije, ukoliko je moja partnerka trudna ili je u reproduktivnom periodu, a ne koristi efikasnu kontracepciju.
- U slučaju da moja partnerka zatrudni tokom moje terapije lenalidomidom, posavjetovaću je da se odmah obrati ljekaru za savjet.
- Znam da ne mogu da doniram spermu tokom trajanja terapije, tokom prekida terapije, kao i najmanje 7 dana nakon završetka terapije.

_____, _____, _____
Mjesto Datum Potpis pacijenta

DIO D (popunjava ljekar koji propisuje lijek)

Potvrđujem da sam pacijentu objasnio moguće koristi i moguće rizike kod terapije lenalidomidom, uključujući i potrebu da poštovanja Programa prevencije trudnoće.

_____,
Mjesto

Datum

Potpis ljekara

JEDNA KOPIJA DOKUMENTA SE DAJE PACIJENTU, A JEDNA SE ČUVA U
MEDICINSKOJ DOKUMENTACIJI PACIJENTA

▼ Ovaj lijek je pod dodatnim praćenjem. Time se omogućava brzo otkrivanje novih bezbjednosnih informacija. Zdravstveni radnici treba da prijave svaku sumnju na neželjene reakcije na ovaj lijek. Uputstva za prijavljivanje dostupna su na www.cinmed.me.