

REVLIMID (LENALIDOMID) ▼
PROGRAM PREVENCIJE TRUDNOĆE

3

KARTICA O PACIJENTU
koji primenjuje lenalidomid

Ovu karticu ispunjava lekar koji propisuje lek koji sadrži lenalidomid.

Kartica o pacijentu koji primenjuje lenalidomid čuva se u medicinskom kartonu/istoriji bolesti pacijenta.

Ime i prezime ili inicijali pacijenta:

Datum ili godina rođenja ili starosna grupa pacijenta:

Lekar (ime i prezime, štampanim slovima):

Adresa (štampanim slovima):

Broj telefona:

▼ Ovaj lek je pod dodatnim praćenjem. Time se omogućava brzo otkrivanje novih bezbednosnih informacija. Zdravstveni radnici treba da prijave svaku sumnju na neželjene reakcije na ovaj lek.

Lekar popunjava sve odeljke.

1. **INDIKACIJA** (detaljno navesti u skladu sa *Sažetkom karakteristika leka*)

2. **STATUS PACIJENTA** (označiti jedno):

- Muškarac
- Žena koja nije u reproduktivnom periodu
- Žena u reproduktivnom periodu*

(*popuniti i odeljak 3)

3. ZA ŽENE U REPRODUKTIVNOM PERIODU^a

Datum posete lekaru	Pacijentkinja koristi bar jedan efikasan metod kontracepcije (označiti)	Datum testa za utvrđivanje trudnoće	Rezultat testa za utvrđivanje trudnoće (označiti)	Datum propisivanja lenalidomida (datum recepta)	Ime i prezime lekara (štampanim slovima)	Potpis lekara
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne ^b <input type="checkbox"/> Nije poznato ^b		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Nije rađen ^c			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne ^b <input type="checkbox"/> Nije poznato ^b		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Nije rađen ^c			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne ^b <input type="checkbox"/> Nije poznato ^b		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Nije rađen ^c			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne ^b <input type="checkbox"/> Nije poznato ^b		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Nije rađen ^c			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne ^b <input type="checkbox"/> Nije poznato ^b		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Nije rađen ^c			

	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne ^b <input type="checkbox"/> Nije poznato ^b		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Nije rađen ^c			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne ^b <input type="checkbox"/> Nije poznato ^b		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Nije rađen ^c			

^a Žene u reproduktivnom periodu pre izdavanja recepta moraju imati negativan rezultat testa za utvrđivanje trudnoće (minimalne osetljivosti od 25 mIU/mL) sproveden pod medicinskim nadzorom, prvo nakon što je uspostavljen efikasan metod kontracepcije tokom najmanje 4 nedelje pre početka lečenja, a zatim u intervalima od najmanje 4 nedelje za vreme lečenja (uključujući i prekide u primeni doza) i najmanje 4 nedelje nakon završetka lečenja lenalidomidom (osim u slučaju potvrđene sterilizacije podvezivanjem jajovoda). Ovo se takođe odnosi i na žene u reproduktivnom periodu koje su se obavezale na potpunu i neprekidnu apstinenciju od seksualnog odnosa. Za dodatne informacije pogledajte *Sažetak karakteristika leka*.

^{b,c} Molimo, navedite razlog ukoliko je odgovor “Ne” ili “Nepoznato” ili “Nije rađen”

4. **PRE PRVOG PROPISIVANJA** pruženo je savetovanje o očekivanom teratogenom dejstvu lenalidomida i potrebi preveniranja trudnoće.

Ime i prezime lekara (štampano)	Potpis lekara
	Datum