

# KARTICA ZA BOLESNIKA KOJI PRIMJENJUJE LENALIDOMID ▼

▼ Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika traži se da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek. Upute za prijavljivanje dostupne su na [www.halmed.hr](http://www.halmed.hr).

Ovu Karticu ispunjava propisivač lijeka koji sadrži lenalidomid.

Kartica služi za evidentiranje provođenja programa prevencije trudnoće.

Kartica za bolesnika se čuva u medicinskoj dokumentaciji bolesnika/bolesnice.

Ispunite TISKANIM SLOVIMA.

## Ključni elementi Kartice za bolesnika koji primjenjuje lenalidomid

Ime i prezime ili inicijali bolesnika:

---

Dobna skupina:  <18     18-64     65-75     > 75 (godina)

Ime i prezime liječnika (TISKANO):

---

### Liječnik popunjava sve dijelove.

1. Indikacija (detaljno navesti u skladu sa Sažetkom opisa svojstava lijeka):

---

2. Status bolesnika (označiti primjenjivo):

- Muškarac  
 Žena koja nije u reproduktivnoj dobi  
 Žena u reproduktivnoj dobi\*

(\*popuniti i dio 4)

3. Prije prvog propisivanja lijeka provedeno je savjetovanje o očekivanom teratogenom učinku lenalidomida u ljudi i potrebi izbjegavanja trudnoće.

Potpis liječnika:

Datum:

#### 4. Tablica praćenja provođenja testova na trudnoću za žene u reproduktivnoj dobi\*

Datum posjete liječniku	Bolesnica primjenjuje najmanje jednu učinkovitu mjeru kontracepcije (označiti)	Datum testa na trudnoću	Rezultat testa na trudnoću (označiti)	Datum propisivanja lenalidomida	Ime liječnika (TISKANO)	Potpis liječnika
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato**		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen**			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato**		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen**			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato**		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen**			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato**		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen**			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato**		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen**			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato**		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen**			

\*Žene u reproduktivnoj dobi moraju imati medicinski nadziran negativan test trudnoće (uz minimalnu osjetljivost od 25 mIU/ml): prije izdavanja recepta (nakon najmanje 4 tjedna primjene kontracepcije), zatim barem svaka 4 tjedna za vrijeme terapije (uključujući prekide liječenja) te još najmanje 4 tjedna po završetku terapije (osim ako je potvrđeno podvezivanje jajovoda). Ovo uključuje i žene u reproduktivnoj dobi koje potvrde potpunu i neprekidnu apstinenciju. Za dodatne informacije vidjeti Sažetak opisa svojstava lijeka koji sadrži lenalidomid.

\*\* Navesti razlog

Datum posjete liječniku	Bolesnica primjenjuje najmanje jednu učinkovitu mjeru kontracepcije (označiti)	Datum testa na trudnoću	Rezultat testa na trudnoću (označiti)	Datum propisivanja lenalidomida	Ime liječnika (TISKANO)	Potpis liječnika
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato**		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen**			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato**		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen**			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato**		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen**			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato**		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen**			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato**		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen**			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepoznato**		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen**			

\*Žene u reproduktivnoj dobi moraju imati medicinski nadziran negativan test trudnoće (uz minimalnu osjetljivost od 25 mIU/ml): prije izdavanja recepta (nakon najmanje 4 tjedna primjene kontracepcije), zatim barem svaka 4 tjedna za vrijeme terapije (uključujući prekide liječenja) te još najmanje 4 tjedna po završetku terapije (osim ako je potvrđeno podvezivanje jajovoda). Ovo uključuje i žene u reproduktivnoj dobi koje potvrde potpunu i neprekidnu apstinenciju. Za dodatne informacije vidjeti Sažetak opisa svojstava lijeka koji sadrži lenalidomid.

\*\* Navesti razlog