

KARTICA ZA BOLESNIKA KOJI PRIMJENJUJE LENALIDOMID

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 na početku liječenja:

☐ <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* ☐
- (*popunjavati i dio 4)

3. Potvrda liječnika

- Prije prvog propisivanja lijeka provedeno je odgovarajuće individualno savjetovanje ☐

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
	☐ da ☐ ne ☐ nepoznato**		☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nejasan ☐ nije napravljen**			
	☐ da ☐ ne ☐ nepoznato**		☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nejasan ☐ nije napravljen**			
	☐ da ☐ ne ☐ nepoznato**		☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nejasan ☐ nije napravljen**			
	☐ da ☐ ne ☐ nepoznato**		☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nejasan ☐ nije napravljen**			
	☐ da ☐ ne ☐ nepoznato**		☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nejasan ☐ nije napravljen**			
	☐ da ☐ ne ☐ nepoznato**		☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nejasan ☐ nije napravljen**			
	☐ da ☐ ne ☐ nepoznato**		☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nejasan ☐ nije napravljen**			
	☐ da ☐ ne ☐ nepoznato**		☐ pozitivan ☐ negativan ☐ nejasan ☐ 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