

OBRAZAC POTVRDE BOLESNICE U REPRODUKTIVNOJ DOBI O UPOZNATOSTI S RIZICIMA PRIMJENE LENALIDOMIDA

Ovaj Obrazac potvrde bolesnice zajednički ispunjavaju i bolesnica i propisivač lijeka koji sadrži lenalidomid.

Ispunjavanjem i potpisivanjem liječnik propisivač potvrđuje kako je informirao bolesnicu o rizicima primjene lenalidomida, da ih je bolesnica razumjela te da je uputio bolesnicu koje radnje treba provoditi.

Ispunjavanjem i potpisivanjem bolesnica potvrđuje kako je informirana o rizicima primjene lenalidomida, kako ih razumije te da je upućena kako dalje postupati.

Jedan primjerak Obrasca treba uručiti bolesnici, a jedan primjerak zadržati u medicinskoj dokumentaciji bolesnice.

Ispunite TISKANIM SLOVIMA.

Ispunjava bolesnica

- Moj/moja liječnik/liječnica mi je objasnio/objasnila i razumjela sam moguće rizike i moguće koristi vezane uz lenalidomid. Imala sam priliku postavljati pitanja i razumjela sam odgovore koji su mi dani na ta pitanja.
- Primila sam, pročitala sam i razumjela sam Vodič za bolesnice u reproduktivnoj dobi i njihove partnere o primjeni lenalidomida.
- Razumijem kako je lenalidomid propisan meni osobno i kako ga ne smijem dijeliti ni s jednom drugom osobom, čak i ako boluje od iste bolesti kao ja. Lenalidomid moram čuvati izvan dosega djece.
- Sve neupotrijebljene kapsule vratit ću svom ljekarniku ili liječniku.
- Neću darivati krv tijekom liječenja te najmanje 7 dana nakon prestanka liječenja.
- Razumijem kako je lenalidomid štetan za nerođeno dijete.
- Primjenjivat ću učinkovitu kontracepciju najmanje 4 tjedna prije početka liječenja, tijekom cjelokupnog trajanja liječenja, uključujući prekide liječenja, kao i najmanje 4 tjedna nakon završetka liječenja ili potvrđujem kako se neću upuštati ni u kakve spolne aktivnosti.
- Čak i ako ne budem dobivala mjesečnicu tijekom liječenja, i dalje ću se pridržavati gore navedenih zahtjeva u pogledu kontracepcije.
- Suglasna sam provoditi testove na trudnoću barem svaka 4 tjedna, osim ako moj liječnik potvrdi kako sam podvrgnuta podvezivanju jajovoda.
- U slučaju da zatrudnim tijekom liječenja, prestat ću uzimati lenalidomid te se odmah obratiti svom liječniku.

_____,
Mjesto

Datum

Ime, prezime i potpis bolesnice

Ispunjava liječnik propisivač

- Potvrđujem kako sam objasnio/objasnila moguće koristi i moguće rizike liječenja bolesnici, uključujući i potrebu pridržavanja Programa prevencije trudnoće.

_____,
Mjesto

Datum

Potpis i faksimil liječnika/liječnice