

OBRAZAC POTVRDE MUŠKOG BOLESNIKA O UPOZNATOSTI S RIZICIMA PRIMJENE LENALIDOMIDA

Ovaj Obrazac potvrde bolesnika zajednički ispunjavaju i bolesnik i propisivač lijeka koji sadrži lenalidomid.

Ispunjavanjem i potpisivanjem liječnik propisivač potvrđuje kako je informirao bolesnika o rizicima primjene lenalidomida, da ih je bolesnik razumio te da je uputio bolesnika koje radnje treba provoditi.

Ispunjavanjem i potpisivanjem bolesnik potvrđuje kako je informiran o rizicima primjene lenalidomida, kako ih razumije te da je upućen kako dalje postupati.

Jedan primjerak Obrasca treba uručiti bolesniku, a jedan primjerak zadržati u medicinskoj dokumentaciji bolesnika.

Ispunite TISKANIM SLOVIMA.

Ispunjava bolesnik

- Moj/moja liječnik/liječnica mi je objasnio/objasnila i razumio sam moguće rizike i moguće koristi vezane uz lenalidomid. Imao sam priliku postavljati pitanja i razumio sam odgovore koji su mi dani na ta pitanja.
- Primio sam, pročitao sam i razumio sam Vodič za muške bolesnike 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.
- Suglasan sam koristiti prezervative (čak i ako mi je izvršena vazektomija) tijekom liječenja (uključujući privremene prekide liječenja) i još najmanje 7 dana nakon prestanka liječenja, ako je moja partnerica trudna ili u reproduktivnoj dobi i ne primjenjuje učinkovitu kontracepciju.
- Ako moja partnerica zatrudni tijekom mog liječenja lenalidomidom, savjetovat ću joj da odmah potraži savjet liječnika.
- Znam da ne smijem darivati sjeme ili spermu za vrijeme liječenja lenalidomidom (uključujući privremene prekide liječenja) i još najmanje 7 dana nakon prestanka liječenja lenalidomidom.

_____,
Mjesto

Datum

Ime, prezime i potpis bolesnika

Ispunjava liječnik propisivač

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

_____,
Mjesto

Datum

Potpis i faksimil liječnika/liječnice