

Patientkort



Dato for udarbejdelse af tekst: Feb 2022
Godkendt den < skal udfyldes nationalt >

Hovedelementer i patientkortet for Lenalidomid SUN

Patientens navn eller initialer eller en unik patientkode/-identifikator:

.....

Fødselsdato eller fødselsår eller aldersgruppe::

DD/MM/ÅÅÅÅ

Lægens navn (BLOKBOGSTAVER):

Adresse (BLOKBOGSTAVER):

Telefonnummer:

Hvert afsnit udfyldes af lægen.

1. Indikation (oplys venligst detaljeret i henhold til produktresuméet)

.....

2. Patientens status (sæt ét kryds)

☐ Kvinde, der ikke er i den fertile alder

☐ Mand

☐ Kvinde i den fertile alder*

(*Udfyld venligst også afsnit 3)

3. For kvinder i den fertile alder ^a

Dato for aktuelt besøg	Patienten anvender mindst én sikker kontrazeptionsmetode (sæt ét kryds)	Dato for graviditetstest	Resultat af graviditetstest (sæt ét kryds)	Dato for ordination af lenalidomid	Lægens navn (BLOKBOGSTAVER)	Lægens underskrift
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			

^a Kvinder i den fertile alder skal have lavet en graviditetstest (med en følsomhed på mindst 25 mIU/ml), som skal være negativ og kontrolleret af sundhedspersonale, inden der udstedes en recept, når hun har anvendt kontrazeption kontinuerligt i mindst 4 uger, graviditetstest laves med mindst 4 ugers intervaller under behandlingen (inklusive eventuelle pauser i behandlingen) og brugt kontrazeption i mindst 4 uger efter behandlingens ophør (medmindre hun er steriliseret ved aflukning af tubae). Dette gælder også kvinder i den fertile alder, der bekræfter absolut og vedvarende afholdenhed. Se produktresuméet for yderligere information.

^b Oplys årsagen ved "Nej" eller "Vides ikke"

^c Oplys årsagen ved "Ikke udført":

4. I den første ordination har patienten fået vejledning vedrørende den forventede humane teratogenicitet af lenalidomid og nødvendigheden af at undgå graviditet

Navn i blokbogstaver

Lægens underskrift

Dato

DD/MM/ÅÅÅÅ