

Lenalidomid SUN (lenalidomide)

Pasientkort

Dato for utforming av tekst: Mar 2022

Godkjent på <utfylles nasjonalt>



Hovedelementer i pasientkortet for Lenalidomid SUN

Pasientens navn, initialer eller unik pasientkode/-identifikator:

.....

Fødselsdato, fødselsår eller aldersgruppe:

DD/MMM/ÅÅÅÅ

Legens navn (BLOKKBOKSTAVER):

.....

Adresse (BLOKKBOKSTAVER):

.....

Telefonnummer:

.....

Legen skal fylle ut alle deler.

1. Indikasjon (detaljert beskrivelse i henhold til preparatomtale)

.....

2. Pasientens status (kryss av for ett alternativ)

- Ikke fertil kvinne
- Mann
- Fertil kvinne*

(* Fyll også ut del 3)

3. For fertile kvinner ^a

Konsultasjonsdato	Pasienten bruker minst en effektiv prevensjonsmetode (Kryss av for ett alternativ)	Graviditets-test dato	Resultat av graviditetstest (Kryss av for ett alternativ)	Dato for for-skriving av lenalidomid	Legens navn (BLOKKBOKSTAVER)
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei ^b <input type="checkbox"/> Ukjent ^b Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført ^c Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei ^b <input type="checkbox"/> Ukjent ^b Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført ^c Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei ^b <input type="checkbox"/> Ukjent ^b Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført ^c Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei ^b <input type="checkbox"/> Ukjent ^b Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført ^c Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei ^b <input type="checkbox"/> Ukjent ^b Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført ^c Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei ^b <input type="checkbox"/> Ukjent ^b Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført ^c Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei ^b <input type="checkbox"/> Ukjent ^b Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført ^c Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei ^b <input type="checkbox"/> Ukjent ^b Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført ^c Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei ^b <input type="checkbox"/> Ukjent ^b Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført ^c Grunn:		

^a Hos fertile kvinner må det tas en medisinsk overvåket negativ graviditetstest (med en minimum følsomhet på 25 mIU/ml) før lenalidomid forskrives, etter at pasienten har brukt effektiv prevensjon i minst 4 uker, graviditetstest minst hver 4. uke under behandling (også ved avbrudd i behandlingen) og effektiv prevensjon i minst 4 uker etter endt behandling (unntatt i tilfeller med bekreftet eggledersterilisering). Dette omfatter også fertile kvinner som bekrefter absolutt og kontinuerlig avholdenhet. Mer informasjon kan finnes i preparatomtalen.

^b Hvis nei eller ukjent, vennligst oppgi grunnen. ^c Hvis ikke utført, vennligst oppgi grunnen.

4. Pasienten har fått veiledning vedrørende den forventede fosterskadelige effekten av lenalidomid hos mennesker og nødvendigheten av å unngå graviditet, før første forskrivning

Navn (BLOKKBOKSTAVER)

Dato

DD/MMM/ÅÅÅÅ