

Patientkort

Lenalidomide SUN



Viktiga delar av patientkortet för Lenalidomid SUN

Patientens namn eller initialer eller kod/identifierare som är unik för patienten:

.....

Födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp:

DD/MMM/ÅÅÅÅ

Läkarens namn (TEXTA):

.....

Adress (TEXTA):

.....

Telefonnummer:

.....

Läkaren ska fylla i varje avsnitt.

1. Indikation (ange i detalj enligt produktresumén)

.....

2. Patientens status (kryssa i ett alternativ)

☐ Icke fertil kvinna

☐ Man

☐ Fertil kvinna*

(* Fyll även i avsnitt 3)

3. För fertila kvinnor ^a

Datum för aktuellt besök	Patienten använder minst en effektiv preventivmetod (Kryssa i ett alternativ)	Datum för graviditetstest	Resultat av graviditetstest (Kryssa i ett alternativ)	Datum för förskrivning av lenalidomid	Läkarens namn (TEXTA)	Läkarens underskrift
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Anledning:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Osäkert ☐ Inte gjort ^c Anledning:			

^a Fertila kvinnor måste ha gjort ett medicinskt övervakat graviditetstest med negativt resultat före förskrivningen (med minst känsligheten 25 mIU/ml) efter att ha använt preventivmedel i minst 4 veckor, graviditets- testas minst var fjärde vecka under behandlingen (även under behandlingsavbrott) samt använt preventivmedel i minst 4 veckor efter att behandlingen avslutats (förutom vid bekräftad tubarsterilisering). Detta innefattar fertila kvinnor och som bekräftar att de är fullständigt och konstant sexuellt avhållsamma. För mer information, se produktresumén.

^b Vid Nej eller Inte känt, ange anledning ^c Vid Inte gjort, ange anledning

4. Patienten har fått rådgivning om förväntad human teratogenicitet hos lenalidomid och vikten av att undvika graviditet före den första förskrivningen

Textat namn

Läkarens underskrift

Datum

DD/MMM/ÅÅÅÅ



Datum för beredning av text: Maj 2022/ version 01

Godkänd av <fills i nationellt> <Månad ÅÅÅÅ

För ytterligare information kontakta < +44 (0) 208 848 5052> eller < medinfoeurope@sunpharma.com>.