

**Patientkort****Lenalidomid Zentiva (lenalidomid)****PATIENT**Patientens Förnamn och Efternamn:  

---

Födelsedatum eller åldersgrupp:  

---

**FÖRSKRIVARE**Läkarens förnamn och efternamn:  

---

Adress:  

---

Telefonnummer:  

---

**Följande fält fylls i av läkaren.****1. Indikation:**Ange i detalj enligt produktresumén  
  

---

**2. Patientstatus**

- Icke fertil kvinna
- Man
- Fertil kvinna\* (Fyll även i avsnitt 4)

**3. Patienten har fått rådgivning om förväntad human teratogenicitet hos lenalidomid och vikten av att undvika graviditet före den första förskrivningen.**Läkarens underskrift:  

---

Datum:  

---

Kopia av patientkortet har givits till patienten.

## 4. För fertila kvinnor\*

Datum för aktuellt besök	Patienten använder minst en effektiv preventivmetod (Kryssa i ett alternativ)	Datum för graviditets-test	Resultat av graviditetstest (Kryssa i ett alternativ)	Datum för förskrivning av lenalidomid	Läkarens namn	Läkarens underskrift
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			

Datum för aktuellt besök	Patienten använder minst en effektiv preventivmetod (Kryssa i ett alternativ)	Datum för graviditets-test	Resultat av graviditetstest (Kryssa i ett alternativ)	Datum för förskrivning av lenalidomid	Läkarens namn	Läkarens underskrift
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			

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	Läkarens underskrift
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, specificera anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Specificera anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort, specificera anledning:			

\*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, graviditetstestas 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 inkluderar fertila kvinnor som bekräftar att de är fullständigt och konstant sexuellt avhållsamma. För mer information, se produktresumé.

### Rapportering av biverkningar

Om du får biverkningar, tala med läkare, apotekspersonal eller sjuksköterska. Detta gäller även eventuella biverkningar som inte nämns i denna information. Du kan också rapportera biverkningar direkt (se detaljer nedan). Genom att rapportera biverkningar kan du bidra till att öka informationen om läkemedels säkerhet.

webbplats: [www.fimea.fi](http://www.fimea.fi)

Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea

Biverkningsregistret

PB 55

00034 FIMEA