

Lenalidomide Krka

Potilaskortti

Potilaan nimi tai nimikirjaimet

Syntymäaika/syntymävuosi/ikäryhmä

Lääkärin nimi (PAINOKIRJAIMIN)

Lääkärin puhelinnumero:

Lääkäri täyttää kaikki osiot.

1. Käyttöaihe (valmisteyhteenvedon mukaan):

2. Potilaan tila (valitse yksi)

Mies

Nainen, joka ei voi tulla raskaaksi

Nainen, joka voi tulla raskaaksi*
(*Täytä myös osio 4)

3. Ennen ensimmäistä lääkemääräystä potilaalle on annettu neuvontaa lenalidomidivalmisteen odotettavissa olevasta teratogeenisuudesta ja raskauden välttämisen tarpeesta

Lääkärin allekirjoitus

Päivämäärä (PP/KK/VVVV)

4. Naiset, jotka voivat tulla raskaaksi*

Tämän-kertaisen käynnin päivämäärä	Potilas käyttää vähintään jotakin tehokasta ehkäisymenetelmää (valitse yksi)	Raskaus-testin päivämäärä	Raskaustestin tulos (valitse yksi)	Lenalidomidi-lääke-määräyksen päivämäärä	Lääkärin nimi (PAINO-KIRJAIMIN)	Lääkärin allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Syy: <hr/>			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Syy: <hr/>			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Syy: <hr/>			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Syy: <hr/>			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Syy: <hr/>			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Syy: <hr/>			

Tämäkertaisen käynnin päivämäärä	Potilas käyttää vähintään jotakin tehokasta ehkäisymenetelmää (valitse yksi)	Raskaustestin päivämäärä	Raskaustestin tulos (valitse yksi)	Lenalidomidilääkemääräyksen päivämäärä	Lääkärin nimi (PAINOKIRJAIMIN)	Lääkärin allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Syy: _____ <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Syy: _____		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Syy: _____			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Syy: _____ <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Syy: _____		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Syy: _____			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Syy: _____ <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Syy: _____		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Syy: _____			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Syy: _____ <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Syy: _____		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Syy: _____			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Syy: _____ <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Syy: _____		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Syy: _____			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Syy: _____ <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Syy: _____		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Syy: _____			

*Naisille, jotka voivat tulla raskaaksi, on tehtävä lääketieteellisesti valvottu, tuloksettaan negatiivinen raskaustesti (25 mIU/ml:n vähimmäisherkkyydellä) ennen lääkkeen määräämistä, kun potilas on käyttänyt luotettavaa raskaudenehkäisyä vähintään 4 viikkoa, vähintään 4 viikon välein hoidon aikana (myös hoitotaukojen aikana) ja vähintään 4 viikkoa hoidon päättymisen jälkeen (lukuun ottamatta tapauksia, joissa munanjohdinstereilisatio on varmistettu). Tämä vaatimus koskee myös naisia, jotka voivat tulla raskaaksi, vaikka he vahvistaisivat pidättäytyvänsä sukupuoliyhdyntästä kokonaan ja jatkuvasti. Raskaustesti pitää tehdä samana päivänä kuin käynti lääkkeen määräävän lääkärin luona tai sitä edeltävän kolmen päivän aikana. Lisätietoja on valmisteyhteenvedossa.

Haittavaikutukset

Jos havaitset haittavaikutuksia, kerro niistä lääkärille, apteekkihenkilökunnalle tai sairaanhoitajalle. Tämä koskee myös sellaisia mahdollisia haittavaikutuksia, joita ei ole mainittu tässä pakkausselosteessa. Voit ilmoittaa haittavaikutuksista myös suoraan (ks. yhteystiedot alla). Ilmoittamalla haittavaikutuksista voit auttaa saamaan enemmän tietoa tämän lääkevalmisteen turvallisuudesta.

www-sivusto: www.fimea.fi

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri

PL 55

00034 FIMEA



KRKA Finland Oy, Bertel Jungin aukio 5, 02600 Espoo, Suomi, Puh: 020 754 5330, s-posti: pharmacovgilance.fi@krka.biz