

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/MM/ÅÅÅÅ):

Var vänlig och meddela alla eventuella biverkningar även åt Fimea: www.fimea.fi eller innehavaren av försäljningstillståndet: Orion Abp Orion Pharma, pharmacovigilance@orionpharma.com, tel 010 439 8250.



Orion Abp Orion Pharma
PB 65, 02101 Esbo
Växel 010 4261
www.orion.fi



LENALIDOMIDE ORION

(lenalidomid)

PATIENT- KORT

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

Födelsedatum (DD/MM/ÅÅÅÅ),
födelseår eller åldersgrupp: _____

Läkarens namn (TEXTA): _____

Verksamhetsställets adress (TEXTA): _____

Verksamhetsställets 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 <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b <input type="checkbox"/> Anledning:		Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c <input type="checkbox"/> Anledning:			
	Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b <input type="checkbox"/> Anledning:		Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c <input type="checkbox"/> Anledning:			
	Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b <input type="checkbox"/> Anledning:		Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c <input type="checkbox"/> Anledning:			
	Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b <input type="checkbox"/> Anledning:		Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c <input type="checkbox"/> Anledning:			
	Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b <input type="checkbox"/> Anledning:		Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c <input type="checkbox"/> Anledning:			
	Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b <input type="checkbox"/> Anledning:		Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c <input type="checkbox"/> Anledning:			
	Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b <input type="checkbox"/> Anledning:		Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c <input type="checkbox"/> Anledning:			
	Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b <input type="checkbox"/> Anledning:		Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c <input type="checkbox"/> Anledning:			
	Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b <input type="checkbox"/> Anledning:		Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c <input type="checkbox"/> Anledning:			
	Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b <input type="checkbox"/> Anledning:		Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c <input type="checkbox"/> Anledning:			
	Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b <input type="checkbox"/> Anledning:		Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c <input type="checkbox"/> Anledning:			
	Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b <input type="checkbox"/> Anledning:		Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c <input type="checkbox"/> 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, 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 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