

Lenalidomide Sandoz

Potilaskortti

Keskeiset elementit

Potilaan nimi tai nimikirjaimet tai potilaan yksilöllinen koodi/tunnus:

Syntymäaika tai syntymävuosi tai ikäryhmä (PP/KK/VVVV):

Lääkärin nimi (PAINOKIRJAIMIN): _____

Osoite (PAINOKIRJAIMIN): _____

Puhelinnumero: _____

Lääkäri täyttää kaikki osiot.

1. Käyttöaihe (määrittele yksityiskohtaisesti valmisteyhteenvedon mukaan):

2. Potilaan tila (valitse yksi)

- Nainen, joka ei voi tulla raskaaksi
- Mies
- Nainen, joka voi tulla raskaaksi* (Täytä myös osio 3)

3. Naiset, jotka voivat tulla raskaaksi^a

Käynnin päivämäärä	Potilas käyttää vähintään jotakin tehokasta ehkäisymenetelmää (valitse yksi)	Raskaustestin päivämäärä	Raskaustestin tulos (valitse yksi)	Lenalidomidi-määräyksen päivämäärä	Lääkärin nimi (painokirjaimin)	Lääkärin allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei ^b <input type="checkbox"/> ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> positiivinen <input type="checkbox"/> negatiivinen <input type="checkbox"/> tulokseton <input type="checkbox"/> ei tehty ^c Syy:			
	<input type="checkbox"/> kyllä		<input type="checkbox"/> positiivinen			

	<input type="checkbox"/> ei ^b <input type="checkbox"/> ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> negatiivinen <input type="checkbox"/> tulokseton <input type="checkbox"/> ei tehty ^c Syy:			
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei ^b <input type="checkbox"/> ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> positiivinen <input type="checkbox"/> negatiivinen <input type="checkbox"/> tulokseton <input type="checkbox"/> ei tehty ^c Syy:			
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei ^b <input type="checkbox"/> ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> positiivinen <input type="checkbox"/> negatiivinen <input type="checkbox"/> tulokseton <input type="checkbox"/> ei tehty ^c Syy:			
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei ^b <input type="checkbox"/> ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> positiivinen <input type="checkbox"/> negatiivinen <input type="checkbox"/> tulokseton <input type="checkbox"/> ei tehty ^c Syy:			
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei ^b <input type="checkbox"/> ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> positiivinen <input type="checkbox"/> negatiivinen <input type="checkbox"/> tulokseton <input type="checkbox"/> ei tehty ^c Syy:			
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei ^b <input type="checkbox"/> ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> positiivinen <input type="checkbox"/> negatiivinen <input type="checkbox"/> tulokseton <input type="checkbox"/> ei tehty ^c Syy:			
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei ^b <input type="checkbox"/> ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> positiivinen <input type="checkbox"/> negatiivinen <input type="checkbox"/> tulokseton <input type="checkbox"/> ei tehty ^c Syy:			
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei ^b <input type="checkbox"/> ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> positiivinen <input type="checkbox"/> negatiivinen <input type="checkbox"/> tulokseton <input type="checkbox"/> ei tehty ^c Syy:			
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei ^b <input type="checkbox"/> ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> positiivinen <input type="checkbox"/> negatiivinen <input type="checkbox"/> tulokseton <input type="checkbox"/> ei tehty ^c Syy:			

^a Naisille, jotka voivat tulla raskaaksi, on tehtävä lääketieteellisesti valvottu 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 annosten ottamisen keskeytyessä) ja vähintään 4 viikkoa hoidon päättymisen jälkeen (lukuun ottamatta tapauksia, joissa munanjohdinsterilisaatio on varmistettu). Tämä vaatimus koskee myös naisia, jotka voivat tulla raskaaksi, vaikka he vahvistaisivat pidättävänsä seksuaalisesta kanssakäymisestä kokonaan ja jatkuvasti. Lisätietoja on valmisteyhteenvedossa.

^b Jos Ei tai Ei tiedossa, kerro syy.

° Jos Ei tehty, kerro syy.

4. Ennen ensimmäistä lääkemääräystä potilaalle on annettu neuvontaa lenalidomidi-valmisteen odotettavissa olevasta teratogeenisuudesta ja raskauden välttämisen tarpeesta.

Nimi painokirjaimin:

Lääkärin allekirjoitus:

Päivämäärä (PP/KK/VVVV):
