

# Lenalidomide Sandoz

## Patientkort

### Viktiga delar av patientkortet för Lenalidomide Sandoz

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

---

Födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp (DD/MM/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<sup>a</sup>

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

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

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> Vid Nej eller Inte känt, ange anledning.

<sup>c</sup> 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/MM/ÅÅÅÅ):

---