

Lenalidomide ratiopharm

PATIENTKORT

4. Innan förskrivning skall behandlande läkare bekräfta att patienten har fått lämplig rådgivning samt förstått det; gällande behandlingen, lenalidomids förväntade teratogena effekt, preventivmetoder och graviditetsprevention:

Textat namn _____

Läkarens underskrift _____

Datum _____

Innehavaren av godkännandet för försäljning:

Teva Finland Oy
infofinland@tevapharm.com
tel. 020 180 5900

**Du kan rapportera alla misstänka biverkningar
via det nationella rapporteringssystemet till**

Säkerhets -och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea
Biverkningsregistret
PB 55
00034 FIMEA
(www.fimea.fi)

och/eller direkt till innehavaren av försäljningstillståndet
till e-mail adress: safety.finland@tevaeu.com

Godkänt av Fimea: 10.02.2022



Ver: 02.2022

Viktiga delar av patientkortet för Lenalidomide ratiopharm

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

Födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp: _____

Läkarens namn (texta): _____

Läkarens telefonnummer, kontorstid: _____

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

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