

Patientkort



Revlimid[®]
(*lenalidomid*)

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Viktiga delar av patientkortet för Revlimid®

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

.....

Patientens födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp:

DD/MMM/ÅÅÅÅ

Läkarens namn:

Läkarens telefonnummer, kontorstid.....

Läkarens telefonnummer, utanför kontorstid.....

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 graviditets- graviditetstest	Resultat av graviditetstest (kryssa i ett alternativ)	Datum för förskrivning av lenalidomid	Läkarens namn	Läkarens underskrift
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:		<input type="checkbox"/> Positiv <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"/> Positiv <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"/> Positiv <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"/> Positiv <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"/> Positiv <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"/> Positiv <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"/> Positiv <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"/> Positiv <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"/> Positiv <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"/> Positiv <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

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

DD/MMM/ÅÅÅÅ

Misstänkta biverkningar skall rapporteras till:

Fimea: www.fimea.fi eller Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea, Biverkningsregistret, PB 55, 00034 FIMEA eller

Bristol Myers Squibb Medicinsk Information: på telefonnummer 09-25121244 eller medinfo.finland@bms.com.