



Thalidomide BMS

Potilaskortti

Talidomidi

Talidomidi-potilaskortin keskeiset elementit

Potilaan nimi tai nimikirjaimet tai potilaan muu yksilöintitunnus:

.....

Potilaan syntymäaika tai syntymävuosi tai ikäryhmä:

PP/KK/VVVV

Lääkärin nimi:.....

Lääkärin puhelinnumero, virka-aikana.....

Lääkärin puhelinnumero, virka-ajan ulkopuolella.....

Lääkäri täyttää kaikki tämän potilaskortin 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

Tämän- kertaisen käynnin päivämäärä	Potilas käyttää vähintään yhtä tehokasta ehkäisymenetelmää (valitse yksi)	Raskaus- testin päivämäärä	Raskaustestin tulos (valitse yksi)	Talidomidi- reseptin päivämäärä	Lääkärin nimi	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"/> 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:			
	<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 iäkkeen 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 pidätyvänsä seksuaalisesta kanssakäymisestä kokonaan ja jatkuvasti. Lisätietoja on valmisteyhteenvedossa.

^b Jos Ei tai Ei tiedossa, kerro syy. ^c Jos Ei tehty, kerro syy.

4. Ennen ensimmäistä lääkemääräystä lääkkeen määräävä lääkäri ja potilas vahvistavat allekirjoituksin, että potilas on sekä saanut että ymmärtänyt saamansa neuvonnan koskien hoitoa, talidomidin teratogeenisuutta, talidomidin muita haittavaikutuksia, ehkäisy menetelmiä ja raskaudenehkäisyn tarvetta:

Lääkärin nimi

Lääkärin allekirjoitus

Päivämäärä

Potilaan nimi

Potilaan allekirjoitus

Päivämäärä

Haittavaikutukset voi ilmoittaa

Fimealle: www.fimea.fi tai Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri, PL 55, 00034 FIMEA tai **BristolMyersSquibb'**nlääkeneuvontaan: puhelimitse 09-25121244 tai sähköpostitse medinfo.finland@bms.com.

© 2021 Bristol Myers Squibb. Kaikki oikeudet pidätetään.