



**Thalidomide BMS**

**Patientkort**

*Talidomid*

## Viktiga delar av patientkortet för talidomid

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 i detta patientkort.

1. Indikation (ange i detalj enligt produktresumén)

.....

2. Patientens status (kryssa i ett alternativ)

Infertil 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 talldomid	Läkarens namn	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"/> 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:			
	<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:			

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.

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

4. **Innan förskrivning skall behandlande läkare samt patienten bekräfta med underskrift att patienten har fått lämplig rådgivning samt förstått det; gällande behandlingen, talidomids teratogenicitet, andra biverkningar av talidomid, preventivmetoder och graviditetsprevention:**

Läkarens namn

Läkarens underskrift

Datum

Patientens namn

Patientens underskrift

Datum

Misstänkta biverkningar skall rapporteras till:  
Fimea: [www.fimea.fi](http://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](mailto:medinfo.finland@bms.com).

© 2021 Bristol Myers Squibb. All rights reserved.