

Patientkort

Pomalidomide Grindeks

(pomalidomid)

Pomalidomide Grindeks (pomalidomid) - patientkortets centrala element

Patientens namn eller initialer eller annan identifikationskod för patienten:

.....

Patientens födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp:

DD/MM/ÅÅÅÅ

Läkarens namn:

Läkarens telefonnummer under tjänstetid:

Läkarens telefonnummer utanför tjänstetid:

Läkaren fyller i alla delar av detta patientkort:

1. Indikation (ange i detalj enligt produktresumén)

.....

2. Patientens status (välj ett alternativ)

- ☐ Icke-fertil kvinna
- ☐ Man
- ☐ Fertil kvinna* (*Fyll även i avsnitt 3)

3. Fertila kvinnor^a

Datum för detta besök	Patienten använder minst en effektiv preventivmetod (välj ett alternativ)	Datum för graviditetstest	Resultat av graviditetstest (välj ett)	Datum för följande besök	Datum för förskrivning av pomalidomid	Läkarens namn	Läkarens underskrift
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Inte känt ^b Orsak:		☐ Positivt ☐ Negativt ☐ Inget resultat ☐ Genomfördes inte ^c Orsak:				

^a Fertila kvinnor ska göra ett medicinskt övervakat graviditetstest (med en lägsta känslighet på 25 mIE/ml) före förskrivning av läkemedlet, efter att ha använt en säker preventivmetod i minst 4 veckor, med minst 4 veckors mellanrum under behandlingen (även under behandlingsuppehåll) och minst 4 veckor efter avslutad behandling (förutom vid bekräftad tubarsterilisering). Detta krav gäller även fertila kvinnor, även om de skulle bekräfta att de fullständigt och kontinuerligt avhåller sig från sexuellt umgänge. Mer information finns i produktresumén.

^b Om "Nej" eller "Inte känt", ange orsak.

^c Om "Genomfördes inte", ange orsak.

4. Innan läkemedlet förskrivs för första gången bekräftar den förskrivande läkaren att patienten både har tagit emot och förstått den rådgivning som getts om behandlingen, den antagna teratogeniciteten hos pomalidomid, preventivmetoder och behovet av graviditetsprevention:

Läkarens namn med tryckbokstäver

Läkarens underskrift

Datum

Eventuella biverkningar ska meddelas till:

Fimea: www.fimea.fi eller Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea, Biverkningsregistret, PB 55, 00034 FIMEA, eller till följande adress: drugsafety@biocodex.fi