

Pomalidomide Teva (pomalidomid)

Graviditetspreventionsprogram Riskmedvetandeformulär för kvinnor som inte kan bli gravida

Riskmedvetandeformulär för rådgivning till patienten och för att säkerställa att patienten har fått all information om säker användning av pomalidomid

Detta riskmedvetandeformulär är till för att hjälpa dig med rådgivningen till en patient innan hon påbörjar behandlingen med pomalidomid för att säkerställa att läkemedlet används på ett säkert och korrekt sätt. Det måste fyllas i för varje kvinna som inte kan bli gravida innan hon påbörjar behandlingen med pomalidomid. Detta formulär måste fyllas i av en läkare som har expertis inom behandling med immunmodulerande läkemedel.

Syftet med riskmedvetandeformuläret är att skydda patienter och eventuella foster genom att säkerställa att patienterna är fullständigt informerade om och förstår risken för teratogenicitet och andra biverkningar som förknippas med användningen av pomalidomid. Det är obligatoriskt för kvinnor som inte kan bli gravida att få rådgivning och utbildning för att informeras om riskerna med pomalidomid.

Detta formulär ska sparas i patientens journal och patienten ska få en kopia. Det är inte ett avtal och fritar inte någon från sitt ansvar med avseende på säker användning av läkemedlet och förebyggande av exponering för fostret.

Varning: Pomalidomid får inte användas under graviditet eftersom det antas orsaka allvarliga fosterskador och missbildningar hos människor. Pomalidomid är strukturellt besläktat med talidomid. Talidomid är en känd human teratogen som orsakar svåra livshotande fosterskador. Pomalidomid har visat sig vara teratogen hos både råttor och kaniner när det administrerades under perioden med viktig organbildning. Villkoren i graviditetspreventionsprogrammet måste vara uppfyllda för alla patienter om det inte finns tillförlitliga bevis för att patienten inte kan bli gravid. Om pomalidomid tas under graviditet förväntas det orsaka svåra fosterskador eller dödsfall hos det ofödda barnet.

Patientinformation

Patientens förnamn:							
Patientens efternamn:							
Födelsedatum:	DD	MM	ÅÅÅÅ	Rådgivningsdatum:	DD	MM	ÅÅÅÅ

Patienten har fått instruktioner om följande:

1) Pomalidomid ska aldrig ges till någon annan person.	Kryssa i
2) Patienten ska inte ge blod under behandling (inklusive under dosavbrott) och under minst 7 dagar efter avslutad behandling med pomalidomid	Kryssa i
3) Överblivna kapslar ska återlämnas till apoteket så snart som möjligt.	Kryssa

Förskrivande läkares bekräftelse

Jag har till fullo förklarat för den patient som anges ovan om typ, syfte och risker med behandling med pomalidomid, särskilt riskerna för kvinnor som kan bli gravid.

Jag kommer att uppfylla mina skyldigheter och ta mitt ansvar som förskrivande läkare för pomalidomid.

Förskrivande läkares förnamn:				
Förskrivande läkares efternamn:				
Förskrivande läkares underskrift:	Datum	DD	MM	ÅÅÅÅ

Patient: läs noggrant igenom och sätt dina initialer i rutan bredvid om du samtycker till påståendet

Jag förstår att pomalidomid är strukturellt besläktat med talidomid, som är känt för att orsaka svåra livshotande fosterskador, och därför förväntas pomalidomid var skadligt för ett ofött barn.	Patientens initialer
Jag förstår att svåra fosterskador förväntas uppkomma vid användning av pomalidomid. Jag har av förskrivande läkare fått information om att ett ofött barn löper stor risk för fosterskador och till och med kan dö om en kvinna är gravid eller blir gravid när hon tar pomalidomid.	Patientens initialer
Jag har läst patientbroschyren för pomalidomid och förstår innehållet, inklusive informationen om andra eventuella viktiga hälsoproblem (biverkningar) i samband med användningen av pomalidomid.	Patientens initialer
Jag förstår att pomalidomid ENDAST har ordinerats till mig. Jag får inte ge det med NÅGON annan.	Patientens initialer
Jag vet att jag inte får ge blod när jag tar pomalidomid (inklusive under dosavbrott) och under minst 7 dagar efter avslutad behandling.	Patientens initialer
Jag förstår att jag måste återlämna alla oanvända pomalidomidkapslar till apoteket efter avslutad behandling.	Patientens initialer
Jag har fått information om risken för en tromboembolisk händelse och eventuellt behov av att ta trombosprofylax under behandling med pomalidomid.	Patientens initialer

Patientens bekräftelse

Jag bekräftar att jag förstår och kommer att följa kraven i graviditetspreventionsprogrammet för pomalidomid, och jag samtycker till att min förskrivande läkare kan påbörja min behandling med pomalidomid.

Patientens underskrift:		Datum	DD	MM	ÅÅÅÅ
-------------------------	--	-------	----	----	------

Bekräftelse av tolk (om tillämpligt)

Jag har efter bästa förmåga tolkat informationen ovan för patient/förälder och på ett sådant sätt att jag tror att han/hon/de kan förstå. Han/hon/de samtycker till de nödvändiga försiktighetsåtgärderna för att förhindra att ett ofött barn exponeras för pomalidomid.

Underskrift:		Namn: (textat)	
Datum:	DD	MM	ÅÅÅÅ