

Pomalidomide Glenmark Potilaskortti

Pomalidomide Glenmark -potilaskortti – tärkeää

Potilaan nimi tai nimikirjaimet tai muu potilaan yksilöintitunnus:

Potilaan syntymäaika tai syntymävuosi tai ikäryhmä: _____

Lääkärin nimi (PAINOKIRJAIMIN): _____

Osoite (PAINOKIRJAIMIN): _____

Puhelinnumero: _____

Lääkäri täyttää kaikki osiot:

1. Käyttöaihe (määrittele yksityiskohtaisesti valmisteyhteenvedon mukaan)

2. Potilas on (valitse yksi)

Nainen, joka ei voi tulla raskaaksi

Mies

Nainen, joka voi tulla raskaaksi *

* Täytä myös osio 3.

3. Naisille, jotka voivat tulla raskaaksi^a

Tämän-kertaisen käynnin päivämäärä	Potilaalla on käytössä vähintään yksi tehokas ehkäisymenetelmä (valitse yksi vaihtoehtoista)	Raskaus-testin päivämäärä	Raskaustestin tulos (valitse yksi vaihtoehtoista)	Pomalidomidi-määräyksen päivämäärä	Lääkärin nimi (PAINO-KIRJAIMIN)	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"/> Epäselvä <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"/> Epäselvä <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"/> Epäselvä <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"/> Epäselvä <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"/> Epäselvä <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"/> Epäselvä <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"/> Epäselvä <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"/> Epäselvä <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"/> Epäselvä <input type="checkbox"/> Ei tehty ^c Syy:			

^a Naisille, jotka voivat tulla raskaaksi, on tehtävä lääketieteellisesti valvottu raskaustesti (25 mIU/ml:n vähimmäisherkkyydellä) ennen lääkkeen määräämistä, kun potilas on käyttänyt raskaudenehkäisyä vähintään 4 viikkoa, sekä 4 viikon välein tai useammin hoidon aikana (myös hoidon keskeytyessä) ja vähintään 4 viikkoa hoidon päättymisen jälkeen lukuun ottamatta tapauksia, joissa munanjohdinsterilisaatio on varmistettu. Tämä vaatimus koskee myös naisia, jotka voivat tulla raskaaksi ja jotka ovat sitoutuneet täydelliseen ja jatkuvaan pidättymiseen sukupuolisesta kanssakäymisestä. Lisätietoja on valmisteyhteenvedossa.

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

4. Ennen ensimmäistä lääkemääräystä potilas on saanut neuvontaa, jossa on käsitelty pomalidomidin oletettua teratogeenisuutta ihmisillä ja raskaudenehkäisyn merkitystä.

Lääkärin nimi (PAINOKIRJAIMIN)

Lääkärin allekirjoitus

Päivämäärä

Haittavaikutusepäilyt pyydetään ilmoittamaan Fimealle:

www.fimea.fi tai Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri, PL 55, 00034 FIMEA