
Pomalidomide STADA

PATIENTKORT

Viktiga delar av Patientkortet för Pomalidomide STADA

Patientens namn eller initialer eller kod/identifierare som är unik för patienten:

Födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp (DD/MM/ÅÅÅÅ):

Läkarens namn (TEXTA): _____

Adress (TEXTA): _____

Telefonnummer: _____

Läkaren ska fylla i varje avsnitt.

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^a

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 nästa avtal	Datum för förskrivning av pomalidomid	Läkarens namn (TEXTA)	Läkarens underskrift
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c				
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c				
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c				

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c				

^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, minst var fjärde vecka under behandlingen (även under behandlingsavbrott) och 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.

^b Vid "Nej" eller "Inte känt", ange anledning.

^c Vid "Inte gjort", ange anledning.

4. Patienten har fått rådgivning om förväntad human teratogenicitet hos pomalidomid och vikten av att undvika graviditet före den första förskrivningen.

Läkarens namn (TEXTA):

Läkarens underskrift:

Datum (DD/MM/ÅÅÅÅ):
