

Lenalidomide Krka

Patientkort

Patientens namn eller initialer:

Födelsedatum, födelseår eller åldersgrupp:

Läkarens namn (TEXTA):

Telefonnummer:

Läkaren måste fylla i varje avsnitt.

1. Indikation (enligt produktresumén):

2. Patientens status (Patientens status (kryssa i ett alternativ))

Man

Icke fertil kvinna

Fertil kvinna*

(* Fyll även i avsnitt 4)

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

Läkarens underskrift

Datum (DD/MM/ÅÅÅÅ)

4. För fertila kvinnor*

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 lenalidomid	Läkarens namn (TEXTA)	Läkarens underskrift
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: _____			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: _____			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: _____			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: _____			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: _____			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: _____ <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: _____		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: _____			

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 lenalidomid	Läkarens namn (TEXTA)	Läkarens underskrift
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: <hr/> <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: <hr/>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: <hr/> <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: <hr/>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: <hr/> <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: <hr/>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: <hr/> <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: <hr/>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: <hr/> <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: <hr/>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: <hr/> <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: <hr/>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Anledning: <hr/> <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: <hr/>			

* Fertila kvinnor måste ha gjort ett medicinskt övervakat graviditetstest med negativt resultat (med minst känsligheten 25 mIU/ml) före förskrivningen (efter att ha använt preventivmedel i minst 4 veckor), samt graviditetstestas minst var fjärde vecka under behandlingen (även under behandlingsavbrott) och efter 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. Graviditetstest ska genomföras samma dag eller högst 3 dagar innan förskrivning. För mer information, se produktresumén.

Biverkningar

Om du får biverkningar, tala med läkare, apotekspersonal eller sjuksköterska. Detta gäller även eventuella biverkningar som inte nämns i denna information. Du kan också rapportera biverkningar direkt (se detaljer nedan). Genom att rapportera biverkningar kan du bidra till att öka informationen om läkemedels säkerhet.

webbplats: www.fimea.fi

Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea

Biverkningsregistret

PB 55

00034 FIMEA



KRKA Finland Oy, Bertel Jungs plats 5, 02600 Esbo, Finland, Tel: 020 754 5330, E-post: pharmacovigilance.fi@krka.biz