

Pomalidomide Krka (pomalidomid)

Patientkort

Patientens namn eller initialer:

Födelsedatum/födelseår/åldersgrupp:

Läkarens namn (text):

Läkarens telefonnummer:

Läkaren ska fylla i varje avsnitt i detta patientkort.

1. Indikation (enligt produktresumén):

2. Patientens status (kryssa i ett alternativ):

- Man
- Infertil kvinna
- Fertil kvinna (fyll även i avsnitt 4)

3. Patienten har fått rådgivning om förväntad human teratogenicitet hos pomalidomid 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 nästa besök | Datum för förskrivning av pomalidomid | 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: _____ | | | | |
| | <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: <hr/> <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: <hr/> <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: <hr/> <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: <hr/> <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: <hr/> <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: <hr/> <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: <hr/> <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: <hr/> <input type="checkbox"/> Inte känt. Anledning: | | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort. Anledning: | | | | |

*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.

Rapportering av biverkningar

webbplats: www.fimea.fi
Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea
Biverkningsregistret
PB 55
00034 FIMEA

och ombudet för innehavaren av godkännandet för försäljning:

KRKA Finland Oy
pharmacovigilance.fi@krka.biz
tel. 020 754 5330