

POTILASKORTTI Lenalidomide STADA (lenalidomidi)

Hoitava lääkäri täyttää ennen Lenalidomide STADA -hoidon aloittamista:

Potilaan etunimi:	
Potilaan sukunimi:	
Potilaan syntymäaika:	
Lääkärin nimi:	
Osoite:	
Puhelinnumero:	
Päivämäärä:	

1. Käyttöaihe (määrittele yksityiskohtaisesti valmisteyhteenvedon mukaan)

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

2. Potilaan tila (valitse yksi)

<input type="checkbox"/> Nainen, joka ei voi tulla raskaaksi
<input type="checkbox"/> Mies
<input type="checkbox"/> Nainen, joka voi tulla raskaaksi*

* Täytä myös kohta 3

3. Naiset, jotka voivat tulla raskaaksi^a

Tämänkertaisen käynnin päivämäärä	Potilas käyttää vähintään jotakin tehokasta ehkäisymenetelmää (valitse yksi)	Raskaustestin päivämäärä	Raskaustestin tulos (valitse yksi)	Lenalidomidi-määräyksen päivämäärä	Lääkärin nimi (PAINOKIRJAIMIN)	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"/> Tulokseton <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"/> Tulokseton <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"/> Tulokseton <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"/> Tulokseton <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"/> Tulokseton <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"/> Tulokseton <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"/> Tulokseton <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"/> Tulokseton <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"/> Tulokseton <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 luotettavaa raskaudenehkäisyä vähintään 4 viikkoa, vähintään 4 viikon välein hoidon aikana (myös annosten ottamisen keskeytyessä) ja vähintään 4 viikkoa hoidon päättymisen jälkeen (lukuun ottamatta tapauksia, joissa munanjohdinsterilisaatio on varmistettu). Tämä vaatimus koskee myös naisia, jotka voivat tulla raskaaksi, vaikka he vahvistaisivat pidättyvänsä seksuaalisesta kanssakäymisestä kokonaan ja jatkuvasti. Lisätietoja on valmisteyhteenvedossa. ^b Jos Ei tai Ei tiedossa, lisää syy. ^c Jos Ei tehty, lisää syy.

4. Ennen ensimmäistä lääkemääräystä potilaalle on annettu neuvontaa lenalidomidivalmisteen odotettavissa olevasta teratogeenisuudesta ja raskauden välttämisen tarpeesta.

Nimi painokirjaimin

Lääkärin allekirjoitus

Päivämäärä

Haittavaikutuksista ilmoittaminen

Jos havaitset haittavaikutuksia, kerro niistä lääkärille tai apteekkihenkilökunnalle. Tämä koskee myös sellaisia mahdollisia haittavaikutuksia, joita ei ole mainittu tässä potilaskortissa. Voit ilmoittaa haittavaikutuksista myös suoraan:

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

STADA Nordic ApS,
Suomen sivuliike
PL 1310
00101 Helsinki
stada@stada.fi

Ilmoittamalla haittavaikutuksista voit auttaa saamaan enemmän tietoa tämän lääkevalmisteen turvallisuudesta.

Hyväksytty (FIMEA) 08-2021