

KARTICA ZA BOLESNIKA KOJI PRIMJENJUJE POMALIDOMID

Ovu Karticu ispunjava propisivač lijeka koji sadrži pomalidomid. Kartica služi za evidentiranje provođenja programa prevencije trudnoće.

Ispunite **TISKANIM SLOVIMA**

Ključni elementi Kartice za bolesnika koji primjenjuje pomalidomid

Ime i prezime ili inicijali bolesnika: _____

Datum ili godina rođenja ili dobnaskupina: _____

Ime i prezime liječnika (TISKANO): _____

Adresa (TISKANO): _____

Broj telefona: _____

Liječnik popunjava sve dijelove.

1. Indikacija (molimo detaljno navedite u skladu sa Sažetkom opisa svojstava lijeka):

2. Status bolesnika (označite jedan)

- Muškarac
- Žena koja nije u reproduktivnoj dobi
- Žena u reproduktivnoj dobi* (*Molimo da također popunite dio 3

3. Za žene u reproduktivnoj dobi^a

Datum posjete liječniku	Bolesnica primjenjuje najmanje jednu učinkovitu mjeru kontracepcije (označiti)	Datum testa na trudnoću	Rezultat testa na trudnoću (označiti jedan)	Datum propisivanja pomalidomida	Ime liječnika (TISKANO)	Potpis liječnika
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne ^b <input type="checkbox"/> nepoznato ^b		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen ^c			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne ^b <input type="checkbox"/> nepoznato ^b		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen ^c			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne ^b <input type="checkbox"/> nepoznato ^b		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen ^c			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne ^b <input type="checkbox"/> nepoznato ^b		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen ^c			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne ^b <input type="checkbox"/> nepoznato ^b		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen ^c			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne ^b <input type="checkbox"/> nepoznato ^b		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen ^c			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne ^b <input type="checkbox"/> nepoznato ^b		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen ^c			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne ^b <input type="checkbox"/> nepoznato ^b		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen ^c			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne ^b <input type="checkbox"/> nepoznato ^b		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen ^c			
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne ^b <input type="checkbox"/> nepoznato ^b		<input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> nejasan <input type="checkbox"/> nije napravljen ^c			

^a Žene u reproduktivnoj dobi moraju imati medicinski nadziran negativan rezultat testa na trudnoću (osjetljivosti od najmanje 25 mIU/ml) prije izdavanja recepta, jednom kad su na utvrđenoj kontracepciji bile najmanje 4 tjedna, zatim barem svaka 4 tjedna tijekom terapije (uključujući prekide liječenja) i još najmanje 4 tjedna nakon završetka terapije (osim u slučaju potvrđenog podvezivanja jajovoda). Ovo uključuje i žene u reproduktivnoj dobi koje potvrde apsolutnu i neprekidnu apstinenciju. Za dodatne informacije pogledajte Sažetak opisa svojstava lijeka.

^{b, c} molimo, navedite razlog kod odgovora Ne ili Nepoznato ili "nije napravljen".

4. Prije prvog propisivanja pruženo je savjetovanje o očekivanom teratogenom učinku pomalidomida u ljudi i potrebi izbjegavanja trudnoće.

Tiskano ime i prezime liječnika:

Potpis liječnika:

Datum:
