

Bitte bei jedem Arztbesuch mitnehmen!

IMNOVID® (Pomalidomid) Patientenkarte



Patienten-Etikette



Vor einer IMNOVID® (Pomalidomid) Therapie durch den behandelnden Arzt auszufüllen:

Die Ärztin bzw. der Arzt wird gebeten, die entsprechenden Kästchen anzukreuzen und das Datum der Schwangerschaftstests einzutragen:

1. Indikation (bitte genaue Angaben gemäß Fachinformation machen)

2. Patientenstatus (eine Möglichkeit ankreuzen)

- Der Patient ist
- männlich
 - weiblich, nicht gebärfähig
 - weiblich, gebärfähig*
(* Bitte auch Abschnitt 4 ausfüllen)

3. Nachweis einer Beratung/Aufklärung

- Eine Beratung hinsichtlich der zu erwartenden teratogenen Wirkung (Fehlbildungen) von Pomalidomid beim Menschen und der Notwendigkeit zur Vermeidung einer Schwangerschaft wurde vor der ersten Verschreibung des Arzneimittels durchgeführt.

Stempel der Ärztin/des Arztes

Datum und Unterschrift
der Ärztin/des Arztes

Wenn Sie als behandelnder Arzt das IMNOVID® (Pomalidomid) Schwangerschafts-Präventions-Programm nicht kennen, wenden Sie sich bitte an Bristol Myers Squibb (Tel.: +43 1 601 43 220, Fax: +43 1 601 43 229, E-Mail: medinfo.austria@bms.com), damit Sie die erforderlichen Informationsmaterialien erhalten, bevor Sie Ihrem Patienten/Ihrer Patientin IMNOVID® (Pomalidomid) verschreiben.

4. Für gebärfähige Frauen^a

Entweder während des Arztbesuches oder in den 3 Tagen vor diesem Besuch muss ein medizinisch überwachter Schwangerschaftstest durchgeführt werden.

Datum des Arztbesuches	Datum des Schwangerschaftstests	Patientin wendet mindestens eine zuverlässige Verhütungsmethode an (bitte ankreuzen)	Ergebnis des Tests (bitte ankreuzen)	Datum der Verschreibung von Pomalidomid	Datum des nächsten Termins	Name und Unterschrift der Ärztin/ des Arztes
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Unbekannt ^b	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht ^c			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Unbekannt ^b	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht ^c			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Unbekannt ^b	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht ^c			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Unbekannt ^b	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht ^c			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Unbekannt ^b	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht ^c			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Unbekannt ^b	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht ^c			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Unbekannt ^b	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht ^c			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Unbekannt ^b	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht ^c			

^a Gebärfähige Frauen müssen einen ärztlich überwachten Schwangerschaftstest (minimale Sensitivität von 25 mI.E./ml) mit negativem Ergebnis haben, bevor ein Rezept ausgestellt wird, sobald sie mindestens 4 Wochen lang auf die Kontrazeption eingestellt wurden. Weitere Schwangerschaftstests sind in mindestens 4-wöchigen Abständen während der Therapie (einschließlich Therapieunterbrechungen) und mindestens 4 Wochen nach Abschluss der Therapie erforderlich (sofern keine bestätigte Tubenligatur (Sterilisation) vorliegt). Dies gilt auch für gebärfähige Frauen, die eine absolute und ständige Enthaltsamkeit zusichern. Weitere Informationen sind der Fachinformation zu entnehmen.

^b Bitte um Angabe eines Grundes bei den Antworten „Nein“ oder „Unbekannt“

^c Bitte um Angabe eines Grundes bei der Antwort „Nicht gemacht“