

IMMUNMODULATORISCHE WIRKSTOFFE (IMiDS)

REVLIMID® (Lenalidomid)
IMNOVID® (Pomalidomid)
LENALIDOMID BMS (Lenalidomid)



Behördlich angeordnetes
Informationsmaterial

PATIENTENKARTE

Dieses Informationsmaterial wurde als risikominimierende Massnahme durch Swissmedic angeordnet. Es soll sicherstellen, dass Patienten die besonderen Sicherheitsanforderungen von IMiDs kennen und berücksichtigen. Die rechtliche Verantwortung für das Informationsmaterial liegt bei Bristol-Myers Squibb.

1. Patientendaten

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum: (TT/MM/JJJJ)

Name der Ärztin/des Arztes (IN DRUCKBUCHSTABEN):

Adresse (IN DRUCKBUCHSTABEN):

Telefonnummer:

2. Vor einer IMiD Therapie durch den behandelnden Arzt auszufüllen:

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

A) Mir wurde Folgendes verschrieben:

- Imnovid®
- Lenalidomid BMS
- Revlimid®

B) Indikation (bitte genau angeben gemäss Schweizer Fachinformation): _____

C) Status der Patientin/des Patienten (ein Kästchen ankreuzen)

- Nicht gebärfähige Frau
- Mann
- Gebärfähige Frau*
(* Bitte Abschnitt 3 ebenfalls ausfüllen.)

3. Für gebärfähige Frauen^a

Datum des Arztbesuches	Patientin wendet mindestens eine zuverlässige Verhütungsmethode an (bitte ankreuzen)	Datum des Schwangerschaftstests	Ergebnis des Tests (bitte ankreuzen)	Datum der IMiD Verschreibung	Name der Ärztin/ des Arztes	Unterschrift der Ärztin/ des Arztes
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Nicht bekannt ^b		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt ^c			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Nicht bekannt ^b		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt ^c			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Nicht bekannt ^b		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt ^c			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Nicht bekannt ^b		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt ^c			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Nicht bekannt ^b		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt ^c			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Nicht bekannt ^b		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt ^c			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Nicht bekannt ^b		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt ^c			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Nicht bekannt ^b		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt ^c			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ^b <input type="checkbox"/> Nicht bekannt ^b		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt ^c			

^a Gebärfähige Frauen müssen einen medizinisch überwachten negativen Schwangerschaftstest (Mindestempfindlichkeit 25 mIE/ml) aufweisen, bevor ein Rezept ausgestellt werden kann, sobald sie mindestens 4 Wochen lang verhütet haben, mindestens in Intervallen von 4 Wochen während der Therapie (inkl. Dosisunterbrechungen) und mindestens 4 Wochen nach Therapieabschluss (ausser bei bestätigter Tubensterilisation). Dazu zählen auch gebärfähige Frauen, die absolute und kontinuierliche sexuelle Enthaltsamkeit bestätigen. Weitere Informationen siehe Fachinformation.

^b Bitte um Angabe eines Grundes bei den Antworten «Nein» oder «Unbekannt».

^c Bitte um Angabe eines Grundes bei der Antwort «Nicht durchgeführt».

4. Die Patientin/der Patient wurde vor der ersten Verordnung hinsichtlich der erwarteten Teratogenität von IMiDs beim Menschen und hinsichtlich des Bedarfs für die Prävention einer Schwangerschaft informiert.

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum