

AGENTS IMMUNOMODULATEURS (IMiD)

REVLIMID® (légalidomide)
 IMNOVID® (pomalidomide)
 LÉNALIDOMIDE BMS (légalidomide)



Matériel d'information exigé
 par l'autorité compétente

CARTE DE PATIENT

Ce matériel d'information a été exigé par Swissmedic au titre de mesure de réduction des risques. Il doit garantir que les patientes et patients connaissent et prennent en compte les exigences particulières en matière de sécurité relatives à IMiD. La responsabilité juridique du matériel d'information incombe à Bristol-Myers Squibb.

1. Éléments clés de la carte de patient pour les IMiD

Nom du patient: _____

Date de naissance: (JJ/MM/AAAA) _____

Nom du médecin (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE): _____

Adresse (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE): _____

Téléphone: _____

2. Le médecin doit remplir chaque section.

A) On m'a prescrit:

- Imnovid®
- Légalidomide BMS
- Revlimid®

B) Indication (précisez en détail en fonction des informations de prescription suisses): _____

C) Statut du patient (cochez une case)

- Femme non en âge de procréer
 - Homme
 - Femme en âge de procréer*
- (* Remplissez également la section 3.)

3. Pour les femmes en âge de procréer^a

Date de la visite actuelle	Patient(e) utilisant au moins un moyen de contraception efficace (Cochez une case)	Date du test de grossesse	Résultat du test de grossesse (Cochez une case)	Date de prescription de l'IMiD	Nom du médecin (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	Signature du médecin
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ^b <input type="checkbox"/> Inconnu ^b		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Pas fait ^c			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ^b <input type="checkbox"/> Inconnu ^b		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Pas fait ^c			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ^b <input type="checkbox"/> Inconnu ^b		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Pas fait ^c			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ^b <input type="checkbox"/> Inconnu ^b		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Pas fait ^c			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ^b <input type="checkbox"/> Inconnu ^b		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Pas fait ^c			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ^b <input type="checkbox"/> Inconnu ^b		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Pas fait ^c			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ^b <input type="checkbox"/> Inconnu ^b		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Pas fait ^c			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ^b <input type="checkbox"/> Inconnu ^b		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Pas fait ^c			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ^b <input type="checkbox"/> Inconnu ^b		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Pas fait ^c			

^a Les femmes en âge de procréer doivent présenter un test de grossesse négatif sous surveillance médicale avant la délivrance de l'ordonnance (avec une sensibilité minimale de 25 mUI/ml) une fois qu'un moyen de contraception a été mis en place depuis au moins 4 semaines, au moins toutes les 4 semaines pendant le traitement (y compris en cas d'interruption de la dose) et au moins 4 semaines après la fin du traitement (sauf en cas de ligature des trompes confirmée). Cela inclut les femmes en âge de procréer qui confirment une abstinence absolue et continue. Pour plus d'informations, consultez le résumé des caractéristiques du produit.

^b Merci d'indiquer une raison pour les réponses «Non» ou «Inconnu».

^c Merci d'indiquer une raison pour la réponse «Non effectué»

4. La patiente/le patient a été informée des risques de tératogénéicité humaine potentiellement associés aux IMiD et de la nécessité d'éviter une grossesse avant la première prescription.

Nom en caractères d'imprimerie

Signature du médecin

Date