

Patientkort



- ▼ Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Dermed kan der hurtigt tilvejebringes nye oplysninger om sikkerheden. Du kan hjælpe ved at indberette alle de bivirkninger, du får. Yderligere oplysninger om indberetning af bivirkninger fremgår af indlægssedlen.

Hovedelementer i patientkortet for Revlimid®

Patientens navn eller initialer eller en unik patientkode/-identifikator:

.....

Fødselsdato eller fødselsår eller aldersgruppe::

DD/MM/ÅÅÅÅ

Lægens navn (BLOKBOGSTAVER):

Adresse (BLOKBOGSTAVER):

Telefonnummer:

Hvert afsnit udfyldes af lægen.

1. Indikation (oplys venligst detaljeret i henhold til produktresuméet)

.....

2. Patientens status (sæt ét kryds)

☐ Kvinde, der ikke er i den fertile alder

☐ Mand

☐ Kvinde i den fertile alder*

(*Udfyld venligst også afsnit 3)

3. For kvinder i den fertile alder ^a

Dato for aktuelt besøg	Patienten anvender mindst én sikker kontraceptionsmetode (sæt ét kryds)	Dato for graviditetstest	Resultat af graviditetstest (sæt ét kryds)	Dato for ordination af lenalidomid	Lægens navn (BLOKBOGSTAVER)	Lægens underskrift
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			
	☐ Ja ☐ Nej ^b ☐ Vides ikke ^b Årsag:		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Ikke entydig ☐ Ikke udført ^c Årsag:			

^a Kvinder i den fertile alder skal have lavet en graviditetstest (med en følsomhed på mindst 25 ml E/ml), som skal være negativ og kontrolleret af sundhedspersonale, inden der udstedes en recept, når hun har anvendt kontraception kontinuerligt i mindst 4 uger, graviditetstest laves med mindst 4 ugers intervaller under behandlingen (inklusive eventuelle pauser i behandlingen) og brug kontraception i mindst 4 uger efter behandlingens ophør (medmindre hun er steriliseret ved aflukning af tubae). Dette gælder også kvinder i den fertile alder, der bekræfter absolut og vedvarende afholdenhed. Se produktresuméet for yderligere information.

^b Oplys årsagen ved "Nej" eller "Vides ikke"

^c Oplys årsagen ved "Ikke udført":

4. Inden første ordination har patienten fået vejledning om den forventede humane teratogenicitet af lenalidomid og nødvendigheden af at undgå graviditet

Navn (BLOKBOGSTAVER)

Lægens underskrift

Dato

DD/MM/ÅÅÅÅ



Bristol Myers Squibb Danmark | www.bms.com/dk | Medicinsk Information | E-mail: medinfo.denmark@bms.com