

Registre Imnovid®
FICHE INITIALE DE RECUEIL

Ce formulaire est à compléter par le prescripteur puis par le pharmacien pour tous les patients recevant une première prescription de pomalidomide et à adresser au laboratoire par le pharmacien au moment de la dispensation de pomalidomide

A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR :

- J'atteste avoir reçu les outils du Plan de Gestion des Risques Imnovid® Oui Non
- J'atteste avoir pris connaissance des outils du Plan de Gestion des Risques Imnovid® Oui Non

SPECIALITE DU PRESCRIPTEUR :

- Hématologue Oncologue Médecin compétent en maladie du sang Médecin compétent en cancérologie
 Autre, préciser :

DATE DE LA VISITE : / /

PATIENT

INITIALES PATIENT : Nom Prénom **DATE DE NAISSANCE (MM/AAAA) :** /

SEXE ET CATEGORIE : Homme Femme dans l'impossibilité de procréer Femme en âge de procréer

Contraception efficace : Oui Non Abstinence Si oui préciser :

Date de mise en place de la contraception : / /

- Information du patient faite et bonne compréhension du risque tératogène, de la surveillance et des contraintes particulières Oui Non
- Signature par le patient de l'accord de soins et de contraception Oui Non

INDICATION THERAPEUTIQUE

Indication de la prescription :

- Myélome multiple Autre, préciser :

SCHEMA THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT : Imnovid®, gélules mg/jour

DATE DE LA PRESCRIPTION : / /

A COMPLETER PAR LE PHARMACIEN :

- J'atteste avoir reçu et pris connaissance des outils du Plan de Gestion des Risques Imnovid® Oui Non
- Signature de l'accord de soins et de contraception dans le carnet patient Oui Non

Chez les femmes en âge de procréer :

- Test de grossesse effectué le : / / Résultat : Négatif Positif Non effectué
 Si le test est positif, Imnovid® ne doit pas être délivré. Toute grossesse doit être déclarée au Centre Régional de Pharmacovigilance dont vous dépendez.

DATE DE LA DELIVRANCE : / /

MEDECIN	PHARMACIEN
NOM DU PRESCRIPTEUR :	NOM DU PHARMACIEN :
Hôpital (adresse) :	Hôpital (adresse) :
<i>J'atteste que les informations que j'ai fournies sont exactes.</i>	
Date : Signature :	Date : Signature :

**Veillez s'il vous plaît envoyer cette fiche à ICTA (centre logistique de Celgene) :
par fax au 0 800 002 219 ou par email à l'adresse innovid@icta.fr**