

Registre Imnovid®**FICHE DE SUIVI POUR LES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER**

Ce formulaire est à compléter par le prescripteur puis par le pharmacien pour le suivi de toutes les femmes en âge de procréer traitées par pomalidomide et à adresser au laboratoire par le pharmacien au moment de la dispensation de pomalidomide

SUIVI N°

A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR :DATE DE LA VISITE : / / **PATIENT**INITIALES PATIENTE : Nom Prénom DATE DE NAISSANCE (MM/AAAA) : / ● **Changement de contraception** depuis la consultation précédente ? Oui NonSi oui, contraception efficace : Oui Non Abstinence Si oui préciser :Date de mise en place de la nouvelle contraception : / / DATE DE LA PRESCRIPTION : / / **A COMPLETER PAR LE PHARMACIEN :**● 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>	<i>J'atteste que les informations que j'ai fournies sont exactes.</i>
Date : Signature :	Date : Signature :

Si vous avez observé un évènement/effet indésirable depuis la consultation précédente, nous vous rappelons que tout effet indésirable doit être déclaré auprès de votre CRPV ou sur <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

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