

Registre de pomalidomide 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 du pomalidomide..... Oui Non
- J'atteste avoir pris connaissance des outils du Plan de Gestion des Risques du pomalidomide..... 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 : pomalidomide, 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 du pomalidomide..... 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, le pomalidomide ne doit pas être délivré. Toute grossesse doit être déclarée au Centre Régional de Pharmacovigilance dont vous dépendez.

DATE DE LA DELIVRANCE : / /

Veuillez préciser le nom du laboratoire commercialisant le produit concerné par cette dispensation :

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 :

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