

Registre de pomalidomide
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 Non

Si 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, 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>	
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>

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