

Tarjeta del paciente

DATOS DEL PACIENTE

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

DATOS DEL MÉDICO

Nombre

Apellidos

Dirección del hospital

Teléfono del hospital

A completar por el médico

1. Indicación (por favor, especificar detalladamente según la ficha técnica):

2. Estado del paciente
(marcar la casilla que corresponda)

- Varón
 Mujer sin capacidad de gestación
 Mujer con capacidad de gestación*

3. Antes de la primera prescripción se ha proporcionado asesoramiento sobre la teratogenicidad de pomalidomida esperada en seres humanos y sobre la necesidad de evitar el embarazo

Firma y sello del médico

Fecha ____ / ____ / ____

* Por favor, completar también la sección 4.

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es importante comunicar los efectos adversos que pudiera usted tener. Puede consultar la forma de hacerlo en el prospecto del medicamento.

Información sobre prevención de riesgos acordada con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Julio-2022

Disponible en la página web de la AEMPS: www.aemps.gob.es

Notificación de sospechas de reacciones adversas.

Si experimenta cualquier tipo de efecto adverso, consulte a su médico o farmacéutico, incluso si se trata de posibles efectos adversos que no aparecen en el prospecto. También puede comunicarlos directamente a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>

Por favor, devuelva esta tarjeta a su médico una vez finalizado el tratamiento.

4. Para mujeres con capacidad de gestación^a

Fecha de la visita	La paciente utiliza al menos un método anticonceptivo eficaz	Fecha de la prueba de embarazo	Resultado de la prueba de embarazo (POR FAVOR MARCAR UNA)	Fecha de prescripción	Firma del médico	Fecha de dispensación	Nombre y firma del farmacéutico
___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desconocido	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c	___/___/___		___/___/___	
___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desconocido	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c	___/___/___		___/___/___	
___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desconocido	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c	___/___/___		___/___/___	
___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desconocido	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c	___/___/___		___/___/___	
___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desconocido	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c	___/___/___		___/___/___	
___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desconocido	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c	___/___/___		___/___/___	
___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desconocido	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c	___/___/___		___/___/___	
___/___/___	Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desconocido	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c	___/___/___		___/___/___	

^a Antes de realizar la prescripción, estas pacientes deberán haber comenzado a utilizar al menos un método anticonceptivo eficaz durante al menos 4 semanas y deben haber obtenido un resultado negativo en la prueba de embarazo efectuada bajo supervisión médica (con una sensibilidad mínima de 25 mUI/ml); se debe repetir la prueba a intervalos de al menos 4 semanas durante el tratamiento (incluidos los períodos de interrupción del tratamiento) y al menos 4 semanas después de la finalización del tratamiento (excepto en el caso de ligadura de trompas confirmada). Para más información, véase la ficha técnica del producto.

Puede consultar la ficha técnica y el prospecto del medicamento en el Centro de información online de medicamentos de la AEMPS (CIMA) a través del siguiente enlace: <https://cima.aemps.es/>

^b Puede detallar la "razón específica" para respuestas de No o Desconocido.

^c Puede detallar la "razón específica" para respuestas de No realizada.