

Έντυπο Έγκρισης Συνταγογράφησης

Lenalidomide/Grindeks (Λεναλιδομίδη)

Το παρόν έντυπο πρέπει να συμπληρώνεται κάθε φορά που συνταγογραφείται η λεναλιδομίδη και να παρέχεται στον ασθενή μαζί με τη συνταγή.

Το έντυπο αυτό είναι υποχρεωτικό για όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από το φύλο και τη δυνατότητα τεκνοποίησής τους.

Ο ασθενής θα μπορέσει να λάβει τη λεναλιδομίδη από το φαρμακείο μόνο αφού υποβάλει μια συνταγή στον φαρμακοποιό με το συμπληρωμένο Έντυπο Έγκρισης Συνταγογράφησης.

Όλα τα συμπληρωμένα έντυπα, ανεξάρτητα από τη διάγνωση, ο φαρμακοποιός πρέπει να τα στείλει

Όνομα νοσοκομείου θεραπείας					
Έτος γέννησης ασθενούς:		Κωδικός ασθενούς:			
Συνταγογράφων ιατρός: (με κεφαλαία)					
Διάγνωση:					
Περιεκτικότητα συνταγογραφούμενου καψακίου:	☐ 5 mg	☐ 10 mg	☐ 15 mg	☐ 20 mg	☐ 25 mg
Αριθμός συνταγογραφούμενων κύκλων	☐ 1	☐ 2	☐ 3		
Συνολικός αριθμός καψακίων:					
Σημειώστε τον αριθμό των κύκλων λεναλιδομίδης που έχουν συνταγογραφηθεί για αυτόν τον ασθενή					

Γυναίκα χωρίς δυνατότητα τεκνοποίησης	☐
---------------------------------------	--------------------------

Ανδρας	☐
--------	--------------------------

Σημείωση για τον φαρμακοποιό - μην χορηγήσετε αν δεν έχει επιλεγεί

Γυναίκα με δυνατότητα τεκνοποίησης (μέγιστη συνταγή 4 εβδομάδων μόνο)	☐
Ημερομηνία τελευταίου αρνητικού τεστ εγκυμοσύνης	

**Σημείωση για τον φαρμακοποιό - μην χορηγήσετε αν δεν έχει επιλεγεί και δεν έχει διεξαχθεί αρνητικό
τεστ υπό ιατρική επίβλεψη κατά τη διάρκεια της ενημέρωσης, ή στο διάστημα των 3 ημερών πριν από
την επίσκεψη στον συνταγογράφο.**

Πρέπει να υπάρχουν και οι δύο υπογραφές πριν από τη χορήγηση λεναλιδομίδης

Δήλωση συνταγογραφούντος ιατρού Είμαι ιατρός με εμπειρία στις αντικαρκινικές θεραπείες και έχω διαβάσει και κατανοήσει το Ενημερωτικό Πακέτο του Επαγγελματία Υγείας για τη Λεναλιδομίδη και επιβεβαιώνω ότι ο ασθενής έχει υπογράψει τη "Λίστα Ελέγχου" πριν τη θεραπεία με λεναλιδομίδη.		
Όνομα, επώνυμο, υπογραφή ιατρού:	Ημερομηνία	

**Σημείωση για τον φαρμακοποιό - η συνταγή και το Έντυπο Έγκρισης Συνταγογράφησης πρέπει να
φέρουν την ίδια ημερομηνία.**

Δήλωση φαρμακοποιού Είμαι ικανοποιημένος/η ότι αυτό το Έντυπο Έγκρισης Συνταγογράφησης έχει συμπληρωθεί πλήρως, επιβεβαιώνω ότι η χορήγηση πραγματοποιείται εντός 7 ημερών από την ημερομηνία συνταγογράφησης και ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει το Ενημερωτικό Πακέτο του Επαγγελματία Υγείας για τη Λεναλιδομίδη		
Όνομα, επώνυμο, υπογραφή φαρμακοποιού:	Ημερομηνία	
	Σφραγίδα	
Όνομα και ΤΚ φαρμακείου χορήγησης		

Στείλτε με email το συμπληρωμένο έντυπο στη διεύθυνση: konstantinos.grivas@grindeks.gr			
Εστάλη με email από τον/την (όνομα, επώνυμο, υπογραφή)		Ημερομηνία	