

Lenalidomide/Grindeks (Λεναλιδιομίδη) Κάρτα Ασθενούς	
Αρχικά Ασθενούς	Ημ/νία Γέννησης
Όνομα Ιατρού	
Διεύθυνση	
Αρ.τηλεφώνου	
Ο Ιατρός πρέπει να συμπληρώσει κάθε ενότητα:	
1. Ένδειξη: Πολλαπλό μυέλωμα ☐ Νεοδιαγνωσθέν πολλαπλόμυέλωμα ☐ Ασθενής με πολλαπλό μυέλωμα στον οποίο δεν έχει χορηγηθεί προηγούμενη θεραπεία και ο οποίος δεν είναι κατάλληλος για μεταμόσχευση ☐ Μετά από τουλάχιστον μία προηγούμενη θεραπεία. Τύπος θεραπείας _____	
Οζώδες Λέμφωμα ☐ (βαθμού 1-3a) που είχε υποβληθεί σε προηγούμενη θεραπεία	
2. Τύπος ασθενούς ☐ Γυναίκα χωρίς δυνατότητα τεκνοποίησης* (επιλέξτε ένα) ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα με δυνατότητα τεκνοποίησης** *Δεν απαιτείται παρακολούθηση σύμφωνα με το Πρόγραμμα Πρόληψης Κύησης (PPP) **Συμπληρώστε επίσης την ενότητα 4	

3. Επιβεβαίωση ότι παρασχέθηκε ενημέρωση σχετικά με την αναμενόμενη τερατογόνο επίδραση της λεναλιδομίδης για τον άνθρωπο και την ανάγκη αποφυγής εγκυμοσύνης πριν από την πρώτη συνταγογράφηση

Υπογραφή Ιατρού:

Ημερομηνία:

4. Για Γυναίκα με Δυνατότητα Τεκνοποίησης***

Ημερομηνία Επίσκεψης	Η ασθενής χρησιμοποιεί αποτελεσματικό μέθοδο αντισύλληψης (Ναι/Όχι)	Ημερομηνία ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ δοκιμασίας κύησης (ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ)	Επιβεβαιώθηκε ότι δεν υπάρχει κίνδυνος εγκυμοσύνης (ΣΗΜΑΔΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ)	Ημερομηνία συνταγής λεναλιδομίδης	Υπογραφή ιατρού

***Στις γυναίκες με δυνατότητα τεκνοποίησης πρέπει να πραγματοποιούνται υπό ιατρική επίβλεψη δοκιμασίες κύησης με ελάχιστη ευαισθησία 25mI U/mL πριν από την έναρξη της θεραπείας εφόσον η ασθενής χρησιμοποιεί αποτελεσματική αντισύλληψη για τουλάχιστον 4 εβδομάδες, κάθε 4 εβδομάδες και 4 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, εκτός στην περίπτωση επιβεβαιωμένης σαλпинγικής στέρωσης. Αυτή η απαίτηση συμπεριλαμβάνει γυναίκες με δυνατότητα τεκνοποίησης οι οποίες εφαρμόζουν απόλυτη και συνεχή αποχή. Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στην Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.