ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΡΟΣ ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.
Τμήμα Φαρμακοεπαγρύπνησης
Οδός Βαρυμπόμπης 8, 14671 Νέα Ερυθραία, Κηφισιά, Τηλ.: 210 8009111, Fax: 210 8071573
E-mail: orders@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ LENALIDOMIDE KRKA

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΟΠΥΥ:_____	**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ:**_____
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:_____	**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**_____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:_____	**ΤΗΛ:**_____
_____	**FAX:** _____
	E-MAIL:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (σε έτη) (παρακαλώ επιλέξτε μία από τις κατηγορίες	**<18**	**18-64**	**65-75**	**>75**
❑ **ΓΥΝΑΙΚΑ ΧΩΡΙΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ**				
❑ **ΑΝΔΡΑΣ** (ο ασθενής ενημερώθηκε για τον κίνδυνο τερατογόνου δράσης της θεραπείας με λεναλιδομίδη και κατανοεί την ανάγκη χρήσης προφυλακτικού σε περίπτωση σεξουαλικής επαφής με γυναίκα με δυνατότητα τεκνοποίησης				
❑ **ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ** (η ασθενής ενημερώθηκε για τον κίνδυνο τερατογόνου δράσης της θεραπείας και την ανάγκη αποφυγής της κύησης και ακολουθεί αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης τουλάχιστον τις τελευταίες 4 εβδομάδες)				
Τελευταία δοκιμασία κύησης αρνητική;	❑ **ΝΑΙ**		❑ **ΟΧΙ**	
Ημερομηνία τελευταίας δοκιμασίας κύησης:				
	Ημέρα	Μήνας	Έτος	

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ:	❑ **Νεοδιαγνωσθέν**	❑ **Μετά από τουλάχιστον μια προηγούμενη θεραπεία**
ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ del5q:	❑ **Χαμηλού Κινδύνου**	❑ **Μεσαίου -1 Κινδύνου**
ΛΕΜΦΩΜΑ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΑ ΤΟΥ ΜΑΝΔΥΑ:	❑ **Υποτροπιάζον και/ή Ανθεκτικό**	
❑ **ΑΛΛΟ** Προσδιορίστε:		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ

Περιγραφή:	Ποσότητα:
Lenalidomide Krka 21 x 5mg Hard Capsules	
Lenalidomide Krka 21 x 10mg Hard Capsules	
Lenalidomide Krka 21 x 15mg Hard Capsules	
Lenalidomide Krka 21 x 20mg Hard Capsules	
Lenalidomide Krka 21 x 25mg Hard Capsules	

Ως θεράπων ιατρός, δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω συμπληρώσει προσωπικά τα ως άνω στοιχεία και ότι ο ανωτέρω καταγεγραμμένος ασθενής πληροί τα κριτήρια του Σχέδιου Ελαχιστοποίησης Κινδύνου για τη χορήγηση θεραπείας με Lenalidomide Krka

Για τη συνταγογράφηση:	Για την παραγγελία:
ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:	**ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ:**
Υπογραφή: **Ημερομηνία:**____/____/____ Ημέρα Μήνας Έτος	**Υπογραφή:** **Ημερομηνία:**____/____/____ Ημέρα Μήνας Έτος
Σφραγίδα:	**Σφραγίδα:**