

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ ΜΥΕΛΟΜΙΔΕ®

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΟΠΥΥ:.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ:.....
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....
ΤΗΛ:.....
ΦΑΞ:.....
E-MAIL:.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (σε έτη)
(παρακαλώ επιλέξτε μία από τις
παρακάτω 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 μία προηγούμενη θεραπεία

☐ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ del5q

☐ ΧΑΜΗΛΟΥ

Ή

☐ ΜΕΣΑΙΟΥ -1 ΚΙΝΔΥΝΟΥ

☐ ΛΕΜΦΩΜΑ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΑ ΤΟΥ ΜΑΝΔΥΑ

☐ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝ ΚΑΙ/Ή ΑΝΘΕΚΤΙΚΟ

☐ ΟΖΩΔΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ (βαθμού 1-3α) που έχει χειρουργηθεί σε προηγούμενη θεραπεία:

☐ **ΑΛΛΟ** Προσδιορίστε:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ

Περιγραφή:

ΜΥΕΛΟΜΙΔΕ® 5mg, Hard Capsules - 5mg/CAPS, BTx21CAPS

ΜΥΕΛΟΜΙΔΕ® 10mg, Hard Capsules - 10mg/CAPS, BTx21CAPS

ΜΥΕΛΟΜΙΔΕ® 15mg, Hard Capsules - 15mg/CAPS, BTx21CAPS

ΜΥΕΛΟΜΙΔΕ® 25mg, Hard Capsules - 25mg/CAPS, BTx21CAPS

Ποσότητα:

Ως θεράπων ιατρός, δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω συμπληρώσει προσωπικά τα ως άνω στοιχεία και ότι ο ανωτέρω καταγεγραμμένος ασθενής πληροί τα κριτήρια του Σχεδίου Ελαχιστοποίησης Κινδύνου για την χορήγηση θεραπείας με Myelomide®

Για τη συνταγογράφηση:

ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:

Υπογραφή:

Ημερομηνία: ____/____/____
Ημέρα Μήνας Έτος

Σφραγίδα:

Για την παραγγελία:

ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ:

Υπογραφή:

Ημερομηνία: ____/____/____
Ημέρα Μήνας Έτος

Σφραγίδα: