

Ειδικό Έντυπο Παραγγελίας Polidma

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ				
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (σε έτη) (παρακαλώ επιλέξτε μια από της παρακάτω κατηγορίες)	<18	18-64	65-75	>75

☐ ΓΥΝΑΙΚΑ ΧΩΡΙΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ			
☐ ΑΝΔΡΑΣ Ο ασθενής ενημερώθηκε για τον κίνδυνο τερατογόνου δράσης της θεραπείας με πομαλιδομίδα 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 με πομαλιδομίδα 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	
☐	Σε συνδυασμό με βορτεζομίμη και δεξαμεθαζόνη μετά από ένα προηγούμενο θεραπευτικό σχήμα, συμπεριλαμβανομένης της λεναλιδομίδης
☐	Σε συνδυασμό με τη δεξαμεθαζόνη ενδείκνυται μετά από τουλάχιστον δύο προηγούμενα θεραπευτικά σχήματα, συμπεριλαμβανομένης τόσο της λεναλιδομίδης όσο και της βορτεζομίμης, με εξέλιξη της νόσου κατά την τελευταία θεραπεία
☐ ΑΛΛΟ (συμπληρώστε): (*Σε περίπτωση έγκρισης «εκτός ένδειξης χορήγησης», ή «παρηγορητικής θεραπείας» το ειδικό έντυπο παραγγελίας πρέπει να συνοδεύεται από την σχετική έγκριση)	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ	
Περιγραφή	Ποσότητα
POLIDMA 1 mg, hard capsules – 1 mg/CAP, BT x 21 CAPS	
POLIDMA 2 mg, hard capsules – 2 mg/CAP, BT x 21 CAPS	
POLIDMA 3 mg, hard capsules – 3 mg/CAP, BT x 21 CAPS	
POLIDMA 4 mg, hard capsules – 4 mg/CAP, BT x 21 CAPS	

Ειδικό Έντυπο Παραγγελίας Polidma

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 Polidma.

Για τη συνταγογράφηση:		
ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ		
ΥΠΟΓΡΑΦΗ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ____/____/____ Ημέρα Μήνας Έτος
		ΣΦΡΑΓΙΔΑ
Για την παραγγελία:		
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ		
ΥΠΟΓΡΑΦΗ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ____/____/____ Ημέρα Μήνας Έτος
		ΣΦΡΑΓΙΔΑ