

abbio

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ

▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει τον ταχύ προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας.

Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες.

POMALIDOMIDE/ABBIO

1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg – Bt x 21 Caps

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ POMALIDOMIDE/ABBIO

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 έχει ενημερωθεί για τον κίνδυνο τερατογόνου δράσης της θεραπείας με πομαλιδομίδη και κατανοεί την ανάγκη χρήσης προφυλακτικού σε περίπτωση σεξουαλικής επαφής με γυναίκα με δυνατότητα τεκνοποίησης

☐ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η ασθενής έχει ενημερωθεί 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

ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ:

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- ☐ Σε συνδυασμό με βορτεζομίπη 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 βορτεζομίδης, με εξέλιξη της νόσου κατά την τελευταία θεραπεία

☐ ΑΛΛΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ* (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
POMALIDOMIDE/ABBIO 1mg, Hard Capsules - 1mg/CAPS, BTx21CAPS	
POMALIDOMIDE/ABBIO 2mg, Hard Capsules - 2mg/CAPS, BTx21CAPS	
POMALIDOMIDE/ABBIO 3mg, Hard Capsules - 3mg/CAPS, BTx21CAPS	
POMALIDOMIDE/ABBIO 4mg, Hard Capsules - 4mg/CAPS, BTx21CAPS	

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 Pomalidomide/Abbio.

Για τη συνταγογράφηση:
ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣΓια την παραγγελία:
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

(Υπογραφή, Ημερομηνία, Σφραγίδα)

(Υπογραφή, Ημερομηνία, Σφραγίδα)