

Pomalidomide Grindeks (Πομαλιδομίδη) Ειδικό Έντυπο Παραγγελίας

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ				
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΟΠΥΥ:				
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:				
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:				
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥ				
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ:				
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:				
ΤΗΛ.:				
ΦΑΞ:				
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 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)			
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 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/Grindeks 4 mg, BTx21CAPS				
Pomalidomide/Grindeks 3 mg, BTx21CAPS				
Pomalidomide/Grindeks 2 mg, BTx21CAPS				
Pomalidomide/Grindeks 1mg, 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 Grindeks.

Για τη συνταγογράφηση:

ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Για την παραγγελία:

ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ