

POMALIDOMIDE KRKA

Κάρτα ασθενούς για Πομαλιδομίδη Krka

Όνομα ή αρχικά ασθενούς:

Ημερομηνία γέννησης /έτος γέννησης /ηλικιακή ομάδα:

Όνομα Ιατρού:

Ο ιατρός πρέπει να συμπληρώσει κάθε τμήμα.

1. Ένδειξη (παρακαλούμε προσδιορίστε λεπτομερώς σύμφωνα με την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος - ΠΧΠ):

2. Κατάσταση ασθενούς (σημειώστε μία από τις επιλογές)

- ☐ Άνδρας
- ☐ Γυναίκα χωρίς δυνατότητα τεκνοποίησης
- ☐ Γυναίκα με δυνατότητα τεκνοποίησης (Παρακαλούμε συμπληρώστε επίσης την ενότητα 4)

3. Συμβουλές σχετικά με την αναμενόμενη τερατογόνο δράση της πομαλιδομίδης στον άνθρωπο και την ανάγκη αποφυγής της κύησης παρασχέθηκαν στον/στην ασθενή πριν την πρώτη συνταγογράφηση.

Υπογραφή Ιατρού

Ημερομηνία (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)

4. Για Γυναίκα με δυνατότητα τεκνοποίησης *

Ημερομηνία τρέχουσας επίσκεψης	Η ασθενής χρησιμοποιεί τουλάχιστον μία αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης (Επιλέξτε μία από τις επιλογές)	Ημερομηνία τεστ κύησης	Αποτέλεσμα τεστ κύησης (Επιλέξτε μία από τις επιλογές)	Ημερομηνία Επόμενης Επίσκεψης	Ημερομηνία συνταγογράφησης της πομαλιδομίδης	Όνομα Ιατρού (ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ)	Υπογραφή Ιατρού
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				

	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				

	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				
	☐ Ναι ☐ Όχι. Προσδιορίστε τον λόγο: ☐ Άγνωστο. Προσδιορίστε τον λόγο:		☐ Θετικό ☐ Αρνητικό ☐ Αμφίβολο ☐ Δεν πραγματοποιήθηκε. Προσδιορίστε τον λόγο:				

* Οι γυναίκες με δυνατότητα τεκνοποίησης πρέπει να έχουν αρνητική δοκιμασία κύησης υπό ιατρική επίβλεψη πριν τη συνταγογράφηση (με ελάχιστη ευαισθησία 25 mIU/ml) αφού έχουν τεθεί σε αντισύλληψη για τουλάχιστον 4 εβδομάδες, ανά διαστήματα τουλάχιστον 4 εβδομάδων κατά τη διάρκεια της θεραπείας (συμπεριλαμβανομένων και των προσωρινών διακοπών δόσης της πομαλιδομίδης) και για τουλάχιστον 4 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας (εκτός από την περίπτωση επιβεβαιωμένης σαλπινγικής στείρωσης). Αυτή η απαίτηση συμπεριλαμβάνει γυναίκες με δυνατότητα τεκνοποίησης, οι οποίες εφαρμόζουν απόλυτη και συνεχή αποχή. Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στην Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.