

**ΠΡΟΣ ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.**

Τμήμα Φαρμακοεπαγρύπνησης

Οδός Βαρυμπόμπης 8, 14671 Ν. Ερυθραία, Κηφισιά Τηλ: 210 8009111, Fax: 210 8071573, E-mail: orders@vianex.gr

**ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ POMALIDOMIDE Krka**

|                                                                                                               |                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ</b><br>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΟΠΥΥ: _____<br>ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____<br>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____<br>E-MAIL: _____ | <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥ</b><br>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ: _____<br>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: _____<br>ΤΗΛ: _____<br>FAX: _____<br>E-MAIL: _____ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |       |                                     |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|
| <b>ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (σε έτη)</b><br>(παρακαλώ επιλέξτε μία από τις παρακάτω κατηγορίες)                                                                                                                                                                              | <18                                 | 18-64 | 65-75                               | >75   |
| <input type="checkbox"/> <b>ΓΥΝΑΙΚΑ ΧΩΡΙΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ</b>                                                                                                                                                                                                  |                                     |       |                                     |       |
| <input type="checkbox"/> <b>ΑΝΔΡΑΣ</b> (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)                     |                                     |       |                                     |       |
| <input type="checkbox"/> <b>ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ</b> (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) |                                     |       |                                     |       |
| <b>ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΥΗΣΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗ;</b>                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b> |       | <input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> |       |
| <b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ:</b>                                                                                                                                                                                                                        | _____                               | _____ | _____                               | _____ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ημέρα                               | Μήνας | Έτος                                |       |

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

|                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ (RRMM)</b>                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> <b>Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΧΕΙ ΛΑΒΕΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΛΕΝΑΛΙΔΟΜΙΔΗ Ή ΜΕ ΛΕΝΑΛΙΔΟΜΙΔΗ ΚΑΙ ΒΟΡΤΕΖΟΜΙΜΠΗ ΠΡΙΝ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ POMALIDOMIDE Krka</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>ΆΛΛΟ</b> Προσδιορίστε :                                                                                                   |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ**
**Περιγραφή:**
**Ποσότητα:**

|                                                                          |       |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> <b>POMALIDOMIDE Krka 21 x 1mg Hard Capsules</b> | _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>POMALIDOMIDE Krka 21 x 2mg Hard Capsules</b> | _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>POMALIDOMIDE Krka 21 x 3mg Hard Capsules</b> | _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>POMALIDOMIDE Krka 21 x 4mg Hard Capsules</b> | _____ |

Ως θεράπων ιατρός, δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω συμπληρώσει προσωπικά τα ως άνω στοιχεία και ότι ο ανωτέρω καταγεγραμμένος ασθενής πληροί τα κριτήρια του Σχέδιου Ελαχιστοποίησης Κινδύνου για τη χορήγηση θεραπείας με Pomalidomide Krka

**Για τη συνταγογράφηση:**
**Για την παραγγελία:**

|                                                                       |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ</b>                                                 | <b>ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ</b>                                                   |
| Υπογραφή: _____<br>Ημερομηνία: ____ / ____ / ____<br>Ημέρα Μήνας Έτος | Υπογραφή: _____<br>Ημερομηνία: ____ / ____ / ____<br>Ημέρα Μήνας Έτος |
| Σφραγίδα: _____                                                       | Σφραγίδα: _____                                                       |