

Προς την εταιρεία **BioARS Therapeutics AE.**, e-mail: **pv@bioars-th.gr**

Ειδικό έντυπο παραγγελίας του Pomalidomide STADA

Ένα αντίγραφο της παρούσας φόρμας συμπληρωμένο ΠΡΕΠΕΙ να συνοδεύει ΚΑΘΕ συνταγή του Pomalidomide STADA. Η συμπλήρωση αυτών των πληροφοριών είναι υποχρεωτική για ΟΛΟΥΣ τους ασθενείς. Όλες οι συμπληρωμένες φόρμες (ανεξάρτητα από τη διάγνωση) ΠΡΕΠΕΙ να στέλνονται από το Φαρμακοποιό (μέσω email) στην BioARS Therapeutics AE. (email: pv@bioars-th.gr).	
Νοσοκομείο:	
Συνταγογράφων Ιατρός:	

Αρχικά Ασθενούς:		Ηλικιακή Κατηγορία:	☐ <18	☐ 18-64	☐ 65-75	☐ >75
------------------	--	---------------------	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------

Κατηγορία Ασθενούς (επιλέξτε, όπως εφαρμόζεται)	
☐ Γυναίκα χωρίς δυνατότητα τεκνοποίησης	
☐ Άνδρας Ο ασθενής έχει λάβει γνώση σχετικά με τον κίνδυνο τερατογόνου δράσης της θεραπείας με πομαλιδομίδη και κατανοεί την ανάγκη χρήσης προφυλακτικού σε περίπτωση σεξουαλικής επαφής με γυναίκα με δυνατότητα τεκνοποίησης	
☐ Γυναίκα με δυνατότητα τεκνοποίησης Η ασθενής έχει ενημερωθεί για τον κίνδυνο τερατογόνου δράσης της θεραπείας και την ανάγκη αποφυγής της κύησης και ακολουθεί αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης για τουλάχιστον τις τελευταίες 4 εβδομάδες.	Ημερομηνία τελευταίας αρνητικής δοκιμασίας κύησης:

Διάγνωση (επιλέξτε, όπως εφαρμόζεται)	
☐ 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 βορτεζομίπης, με εξέλιξη της νόσου κατά την τελευταία θεραπεία	
☐ Άλλο (συμπληρώστε):	

Περιεκτικότητα της κάψουλας που συνταγογραφείται:	☐ 1 mg	☐ 2 mg	☐ 3 mg	☐ 4 mg
Ποσότητα που συνταγογραφείται:	☐ 1 κουτί	☐ 2 κουτιά	☐ 3 κουτιά	

Δήλωση του συνταγογραφόντος Ιατρού 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 STADA
Στοιχεία Φαρμακείου:
Νοσοκομείο/ΕΟΠΥΥ:
Διεύθυνση/ΤΚ:
Φαρμακοποιός:

Υπογραφή/Σφραγίδα Ιατρού:	Υπογραφή/Σφραγίδα Φαρμακοποιού:
Ημερομηνία:	Ημερομηνία:

