

Patientkort

Lenalidomide Orion (lenalidomid)

Patientens namn eller initialer eller kod/identifierare som är unik för patienten: _____

Födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp (ÅÅÅÅ/MM/DD): _____

Läkarens namn (TEXTA): _____

Läkarens telefonnummer: _____

Läkaren ska fylla i varje avsnitt

1. Indikation (*ange i detalj enligt produktresumén*)

2. Patientens status (*kryssa i ett alternativ*)

- Icke-fertil kvinna
- Man
- Fertil kvinna*

**Fyll även i avsnitt 3.*

3. För fertila kvinnor ^a

Datum för aktuellt besök	Patienten använder minst en effektiv preventivmetod (Kryssa i ett alternativ)	Datum för graviditetstest	Resultat av graviditetstest (Kryssa i ett alternativ)	Datum för förskrivning av lenalidomid	Läkarens namn (TEXTA) och signatur
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c Anledning:		

^a Fertila kvinnor måste ha gjort ett medicinskt övervakat negativt graviditetstest (med en lägsta känslighet på 25 mIU/ml) före förskrivningen när hon har stått på en preventivmetod under minst 4 veckor, var fjärde vecka under behandlingen (även under behandlingsavbrott) samt 4 veckor efter att behandlingen avslutats (förutom vid bekräftad tubarsterilisering). Detta innefattar fertila kvinnor och som bekräftar att de är absolut och kontinuerligt avhållsamma. För mer information, se produktresumén.

^bVid Nej eller Inte känt, ange anledning

^cVid Inte gjort, ange anledning

4. Förskrivande läkare bekräftar före första förskrivningen att patienten både har fått och förstått rådgivningen gällande behandling med lenalidomid, dess förmodade teratogenicitet, preventivmedelsmetoder och behov av preventivmedel.

Läkarens namn (TEXTA): _____

Läkarens signatur _____

Datum (ÅÅÅÅ/MM/DD) _____