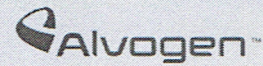


**Картичка за**  
**пациенти**

**Lenalidomide**



Картичка за пациенти за леналидомид



Иницијали на пациент

Датум на раѓање:

Име на лекарот:

Адреса на лекарот:

Телефонски број на лекарот:

Лекарот да го комплетира секој дел:

**1. Индикација**

*Мултипол Миелом:*

- ndMM (новодијагностициран Мултипол миелом)
- После најмалку еден претходен третман: Линија на третман.....

*Друго:*

- Појаснете.....

**2. Статус на пациентот (обележете го соодветното поле)**

• Маж

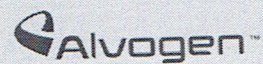
• Жена со нерепродуктивен потенцијал\*

(\*не е потребно следење во програмата за превенција од бременост)

• Жена со репродуктивен потенцијал\*\*

\*\* Ве молиме пополнете го делот 4





3. Советување за очекуваната тератогеност на леналидомид кај луѓе и потребата од избегнување на бременост е обезбедено пред употреба на лекот

Потпис на пациент

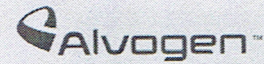
Датум

Потпис на лекар

Датум

Копија од картичка предадена на пациент:





## 4. За жени со репродуктивен потенцијал

Датум на посета	Пациентката користи ефективен метод на контрацепција (Да/Не)	Датум на НЕГАТИВЕН тест за бременост (ако е применливо)	Потврдено - нема ризик од бременост (Ве молиме означете)	Датум на препишување на леналидомид	Потпис на лекар

- ✓ \* Жени со репродуктивен потенцијал мора да имаат медицински надгледуван негативен тест за бременост (со минимална сензитивност од 25 mIU/mL) пред воведување во терапијата, откако е отпочната контрацепцијата за време од 4 недели, на 4 – неделни интервали за време на терапијата (дури и во случај на прекин на терапија) и 4 недели по прекин на терапијата (освен во случај на стерилизација на јајчеводите). За повеќе информации видете во Упатството за пациенти.

