

Леналидомид Гриндекс

Картичка за Пациент

Иницијали на

пациент

Име на лекар

Адреса

Телефонски број

Датум на раѓање

Лекар да го потполни секој дел:

1. Индикација:

- Мултипен миелом
- Миелодиспластичен синдром
- Фоликуларен лимфом

2. Тип на пациент (штиклирај едно)

- Жена без репродуктивен потенцијал*
*Програма за Превенција на Бременост (ППБ) мониторинг не е потребен

Маж

Жена со репродуктивен потенцијал**

** Ве молиме пополнете го и делот 4

3. Потврда дека советувањето во врска со очекуваната хумана тератогеност на Леналидомид и потребата да се избегне бременост е обезбедено пред првото пропишување

Потпис на лекар:

Датум:



4. За жени со репродуктивен потенцијал***

Датум на посета	Пациентот користи еден ефективен метод на контрацепција (Да/Не)	Датум на НЕГАТИВЕН тест за бременост (АКО Е ПРИМЕНЛИВО)	Потврдено дека нема ризик од бременост (ВЕ МОЛИМЕ ШТИКЛИРАЈТЕ)	Датум на пропишување Леналидомид	Потпис на лекар

*** Жените со репродуктивен потенцијал мора да имаат медицински надгледувани тестови за бременост со минимална чувствителност од 25 mIU/mL пред да започнат со третманот, откако ќе бидат воспоставени на ефективна контрацепција најмалку 4 недели, на секои 4 недели и 4 недели по завршувањето на терапијата освен во случај на потврдена стерилизација на јајцеводите. Ова барање вклучува жени со репродуктивен потенцијал кои практикуваат апсолутна и континуирана апстиненција. За повеќе информации видете Збирен извештај за особините на лекот.

Пријавување на несакани реакции

Ве молиме пријавете го секој сомнеж за несакани реакции од лекот кај Вашиот лекар или фармацевт. Исто така, несаканите реакции од лековите може директно да ги пријавите во Националниот центар за фармаковигиланца при Агенцијата за лекови и медицински средства (ул. Св. Кирил и Методиј бр кат 1) или по електронски пат преку веб страната на Агенцијата <http://malmed.gov.mk/>

Дополнително, несаканите реакции од овој лек можете да ги пријавите и на носителот на одобрението за ставање на леот во промет во Република Северна Македонија:

Галинос Фарм ДОО Илинден
Адреса: ул.34 бр.5А
Контакт: Ивана Ставресска
Одговорно лице за фармаковигиланца
Телефон: 071 345 612
e-mail: ivana@galinospharm.com.mk

