

DATOS DEL PACIENTE

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

DATOS DEL MÉDICO

Nombre

Apellidos

Dirección del hospital

Teléfono del hospital

1. Indicación

2. Tipo de paciente
(marcar la casilla que corresponda)

- Varón
- Mujer sin capacidad de gestación
- Mujer con capacidad de gestación*

3. Antes de realizar la primera prescripción se ha proporcionado asesoramiento sobre el potencial teratogénico de la lenalidomida en seres humanos y sobre la necesidad de evitar el embarazo

Firma y sello del médico

Fecha ____ / ____ / ____

* Por favor, completar también la sección 4

Por favor, una vez finalizado el tratamiento devuelva esta tarjeta a su médico.

4. Para mujeres con capacidad de gestación^a

| Fecha de la visita | La paciente utiliza al menos un método anticonceptivo eficaz | Fecha de la prueba de embarazo | Prueba de embarazo (POR FAVOR MARCAR UNA) | Fecha de prescripción | Firma del médico | Fecha de dispensación | Nombre y firma del farmacéutico |
|--------------------|---|--------------------------------|---|-----------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|
| ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> Desconocido ^b | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c | ___/___/___ | | ___/___/___ | |
| ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> Desconocido ^b | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c | ___/___/___ | | ___/___/___ | |
| ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> Desconocido ^b | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c | ___/___/___ | | ___/___/___ | |
| ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> Desconocido ^b | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c | ___/___/___ | | ___/___/___ | |
| ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> Desconocido ^b | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No concluyente <input type="checkbox"/> No realizada ^c | ___/___/___ | | ___/___/___ | |

^a Antes de realizar la prescripción estas pacientes, deberán haber comenzado a utilizar al menos un método anticonceptivo eficaz durante al menos 4 semanas y deben haber obtenido un resultado negativo en la prueba de embarazo efectuada bajo supervisión médica (con una sensibilidad mínima de 25 mUI/ml); se debe repetir la prueba a intervalos de al menos 4 semanas durante el tratamiento (incluidas las interrupciones del tratamiento), y al menos 4 semanas después de la finalización del tratamiento (excepto en el caso de ligadura de trompas confirmada). Para más información, véase la ficha técnica del medicamento.

^b Detallar “razón específica” para respuestas de No o Desconocido

^c Detallar “razón específica” para respuestas de No realizada