



| Patientkort

Lenalidomid Avansor
(lenalidomid)

| Lenalidomid Avansor patientkort

Läkaren bör fylla i varje avsnitt.

Potilaan nimi/nimikirjaimet tai potilaan yksilöllinen tunnus:

.....

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

.....

Läkarens namn:

.....

Adress:

.....

Telefonnummer:

.....

1. Indikation för Lenalidomid Avansor:

.....

2. Patientens status (kryssa för ett alternativ)

Kvinna som inte kan bli gravid

Man

Kvinna som kan bli gravid*

* Fyll även i avsnitt 3

3. Kvinnor som kan bli gravida^a

Datum för besöket	Patienten använder minst en effektiv preventivmetod (kryssa för ett alternativ)	Datum för graviditetstest	Resultat av graviditetstest (kryssa för ett alternativ)	Datum för förskrivning av Lenalidomid	Läkarens namn	Läkarens underskrift
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ^b <input type="checkbox"/> Inte känt ^b Anledning:.....		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> TOsäker <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"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> TOsäker <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"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> TOsäker <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"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> TOsäker <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"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> TOsäker <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"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> TOsäker <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"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> TOsäker <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"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> TOsäker <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"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> TOsäker <input type="checkbox"/> Inte gjort ^c Anledning:.....			

^a För fertila kvinnor måste medicinskt övervakade graviditetstester med lägsta känslighet på 25 mIU/ml utföras innan behandlingen påbörjas när patienten har använt en effektiv preventivmetod i minst 4 veckor. Graviditetstest måste upprepas minst var 4:e vecka och minst 4 veckor efter avslutad behandling, förutom ifall att en tubarsterilisering har bekräftats. Dessa graviditetstester ska utföras på förskrivningsdagen eller inom 3 dagar före läkarbesöket. Detta krav inkluderar fertila kvinnor som idkar absolut och kontinuerlig avhållsamhet.

^b Vid Nej eller Inte känt, ange anledning.

^c Vid Inte gjort, ange anledning.

4. Patienten har fått rådgivning om den förväntade teratogena risken hos lenalidomid och om de strikta preventivmetoderna att undvika graviditet före den första förskrivningen av Lenalidomid Avansor. Patienten har också fått en patientbroschyr och ett patientkort.

Läkarens namn:

Läkarens underskrift:

Datum:

Rapportering av biverkningar

Om du får biverkningar, tala med läkare, apotekspersonal eller sjuksköterska. Detta gäller även eventuella biverkningar som inte nämns i denna information. Du kan också rapportera biverkningar direkt till:

www-sida: www.fimea.fi
Säkerhets- och utvecklingscentret för
läkemedelsområdet Fimea
Registret över läkemedelsbiverkningar
PB 55
00034 FIMEA

Avansor Pharma Oy
Teknikvägen 14
02150 Esbo
e-post: info@avansorpharma.fi
tel: 050 46 66 881
www.avansorpharma.fi

Genom att rapportera biverkningar kan du bidra till att öka informationen om läkemedels säkerhet.



Teknikvägen 14, 02150 Esbo
tel. 050 46 66 881
www.avansorpharma.fi