

## Potilaskortti

## Lenalidomid Zentiva (lenalidomidi)

## POTILAAN TIEDOT

Potilaan etu- ja sukunimi:

Syntymäaika tai ikäryhmä:

## LÄÄKÄRIN TIEDOT

Lääkärin etu- ja sukunimi:

Lääkärin osoite:

Lääkärin puhelinnumero:

Lääkäri täyttää seuraavat kohdat:

## 1. Käyttöaihe:

Valmisteyhteenvedon mukaan:

## 2. Potilaan tila

- Nainen, joka ei voi tulla raskaaksi
- Mies
- Nainen, joka voi tulla raskaaksi\* (Täytä myös kohta 4)

## 3. Potilaalle on annettu neuvontaa lenalidomidivalmisteen odotettavissa olevasta teratogeenisuudesta ja raskauden välttämisen tarpeesta ennen ensimmäistä lääkemääräystä.

Lääkärin allekirjoitus:

Päivämäärä:

Potilaalle on annettu kopio potilaskortista.

## 4. Naiset, jotka voivat tulla raskaaksi\*

Tämänkertaisen käynnin päivämäärä	Potilas käyttää vähintään yhtä tehokasta ehkäisymenetelmää (Valitse yksi)	Raskaus testin päivämäärä	Raskaustestin tulos (Valitse yksi)	Lenalidomidi-määräyksen päivämäärä	Lääkärin nimi	Lääkärin allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			

Tämän-kertaisen käynnin päivämäärä	Potilas käyttää vähintään yhtä tehokasta ehkäisymenetelmää (Valitse yksi)	Raskaus testin päivämäärä	Raskaustestin tulos (Valitse yksi)	Lenalidomidi-määräyksen päivämäärä	Lääkärin nimi	Lääkärin allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: <hr/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			

Tämänkertaisen käynnin päivämäärä	Potilas käyttää vähintään yhtä tehokasta ehkäisymenetelmää (Valitse yksi)	Raskaus testin päivämäärä	Raskaustestin tulos (Valitse yksi)	Lenalidomidi-määräyksen päivämäärä	Lääkärin nimi	Lääkärin allekirjoitus
	_____					
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: _____ <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: _____		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kerro syy: _____ <input type="checkbox"/> Ei tiedossa. Kerro syy: _____		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty. Kerro syy:			

\*Naisille, jotka voivat tulla raskaaksi, on tehtävä lääketieteellisesti valvottu raskaustesti (25 mIU/ml:n vähimmäisherkkyydellä) ennen lääkkeen määräämistä, kun potilas on käyttänyt luotettavaa raskaudenehkäisyä vähintään 4 viikkoa, vähintään 4 viikon välein hoidon aikana (myös annoksen keskeytyessä) ja vähintään 4 viikkoa hoidon päättymisen jälkeen (ellei munajohdinstertilisaatio ole varmistettu). Tämä vaatimus koskee myös naisia, jotka voivat tulla raskaaksi, vaikka he vahvistaisivat pidättyvänsä seksuaalisesta kanssakäymisestä kokonaan ja jatkuvasti. Lisätietoja on valmisteyhteenvedossa.

### Haittavaikutuksista ilmoittaminen

Jos sinulle tulee haittavaikutuksia, kerro niistä lääkärille tai apteekkihenkilökunnalle. Tämä koskee myös sellaisia mahdollisia haittavaikutuksia, joita ei ole mainittu pakkausselosteessa. Voit ilmoittaa haittavaikutuksista myös suoraan (ks. yhteystiedot alla). Ilmoittamalla haittavaikutuksista voit auttaa saamaan enemmän tietoa tämän lääkevalmisteen turvallisuudesta.

www-sivusto: [www.fimea.fi](http://www.fimea.fi)

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri

PL 55

00034 FIMEA