

Wenn Sie Fragen zu Ihrer Erkrankung und der Behandlung mit Lenalidomid haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt!

Diese Patientenkarte und alle anderen behördlich genehmigten Schulungsmaterialien zu Lenalidomid TEVA sind auf der Internetseite www.tevapharm.at unter „Produkte“-> „Arzneimittelsicherheit“ zum Download verfügbar.

Bei Fragen zum Schwangerschaftsverhütungsprogramm von Lenalidomid TEVA kontaktieren Sie bitte TEVA Österreich:

ratiopharm Arzneimittel-Vertriebs GmbH
Donau-City-Straße 11, Ares Tower, Top 13
1220 Wien
Tel: +43 (0)1 97007-0
E-Mail: signal@ratiopharm.at



Lenalidomid TEVA

Patientenkarte

**Bitte
bei jedem
Arztbesuch
vorlegen!**



Diese Patientenkarte soll therapiebegleitend bei der Anwendung von Lenalidomid TEVA sicherstellen, dass PatientInnen gemeinsam mit dem behandelnden Arzt* die besonderen Sicherheitsanforderungen bei der Anwendung von Lenalidomid TEVA kennen, berücksichtigen und dokumentieren können.

* Für eine bessere Lesbarkeit wird in dieser Broschüre überwiegend die männliche Form verwendet („Arzt“ beinhaltet auch „Ärztin“, „Apotheker“ auch „Apothekerin“ usw). Im Allgemeinen, bei nicht geschlechtsspezifischen Aussagen, beinhaltet „Patient“ auch „Patientin“.

Wichtig! Bitte legen Sie diese Patientenkarte bei jedem Arztbesuch vor!

Tragen Sie diese Patientenkarte bitte immer bei sich. Wir empfehlen, die Patientenkarte bei jedem Arztbesuch vorzulegen, da sich daraus für die mitbehandelnden Ärzte Hinweise ergeben können, die für deren Therapieentscheidung von Bedeutung sein können. Achten Sie bitte darauf, dass alle Eintragungen korrekt und aktuell sind.

Wenn Ihr behandelnder Arzt, Ihr Apotheker oder Ihre Pflegekraft das Schwangerschaftsverhütungsprogramm nicht kennt und Informationen benötigt, kontaktieren Sie bitte TEVA Österreich (Kontaktdaten auf der Rückseite), damit Sie bzw. Ihr Arzt die erforderlichen Informationsmaterialien erhalten, BEVOR die Therapie mit Lenalidomid TEVA gestartet wird.

Wenn diese Patientenkarte voll ist, bitten Sie Ihren Arzt um eine neue. Bitte tragen Sie hier Ihre Daten ein oder bitten Sie Ihren Arzt um ein Patientenetikett zum Einkleben.

Vorname:			
Nachname:			
Geburtsdatum:	TT	MM	JJJJ
Anschrift:			
Telefon:			
Datum:			

Vor Behandlungsbeginn mit Lenalidomid TEVA durch den behandelnden Arzt auszufüllen:

1. Diagnose

Indikation für Lenalidomid TEVA (bitte genaue Angabe laut Fachinformation):

2. Risikogruppe

Sie sind (bitte eine Möglichkeit ankreuzen):

- eine gebärfähige Patientin → **Bitte Abschnitt 4 ausfüllen!**
- eine NICHT gebärfähige Patientin
- ein männlicher Patient

3. Nachweis einer Beratung/Aufklärung

Sie wurden vor Therapiestart über alle relevanten Sicherheitshinweise v. a. in Bezug auf Teratogenität von Lenalidomid und der Notwendigkeit der Vermeidung einer Schwangerschaft informiert.

Datum:	TT	MM	JJJJ
--------	----	----	------

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

4. Nur für gebärfähige Patientinnen: Dokumentation des ersten Schwangerschaftstests

Der erste Schwangerschaftstest vor Behandlungsbeginn* war negativ. Datum des initialen Schwangerschaftstests:

TT/MM/JJJJ

Sie wenden seit mindestens 4 Wochen vor Behandlungsbeginn eine zuverlässige Verhütungsmethode an.

* Entweder während des Arztbesuches zwecks Verschreibung oder in den 3 Tagen vor diesem Besuch muss ein medizinisch überwachter Schwangerschaftstest durchgeführt werden.

Sie sind eine gebärfähige Patientin

Dokumentation der Schwangerschaftstests WÄHREND der Behandlung:

Ein Schwangerschaftstest mit einer Mindestsensitivität von 25 ml.E./ml muss vor Beginn der Behandlung durchgeführt werden und muss – außer im Fall einer bestätigten Sterilisation (Tubenligatur) – mindestens alle 4 Wochen (einschließlich Behandlungsunterbrechungen), einschließlich mindestens 4 Wochen nach Therapieende, wiederholt werden. Dies gilt auch für gebärfähige Patientinnen, die absolute und ständige sexuelle Enthaltbarkeit praktizieren. Diese Schwangerschaftstests sollten am Tag der ärztlichen Verschreibung oder in den 3 Tagen davor durchgeführt werden, nachdem die Patientin für mindestens 4 Wochen auf eine zuverlässige Verhütungsmethode eingestellt wurde. Sollte das Ergebnis eines Schwangerschaftstests nicht eindeutig negativ sein, wird ein Schwangerschaftstest im Blut als Bestätigung durchgeführt. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation.

Arztbesuch der Patientin (Datum)	Patientin nutzt mindestens eine zuverlässige Verhütungsmethode? ¹	Patientin sichert ständige und absolute sexuelle Enthaltensamkeit zu	Datum Schwangerschaftstest
TT/MM/JJJJ	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> unbekannt _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	TT/MM/JJJJ
TT/MM/JJJJ	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> unbekannt _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	TT/MM/JJJJ
TT/MM/JJJJ	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> unbekannt _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	TT/MM/JJJJ
TT/MM/JJJJ	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> unbekannt _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	TT/MM/JJJJ
TT/MM/JJJJ	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> unbekannt _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	TT/MM/JJJJ
TT/MM/JJJJ	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> unbekannt _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	TT/MM/JJJJ
TT/MM/JJJJ	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> unbekannt _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	TT/MM/JJJJ
TT/MM/JJJJ	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> unbekannt _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	TT/MM/JJJJ
TT/MM/JJJJ	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> unbekannt _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	TT/MM/JJJJ
TT/MM/JJJJ	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> unbekannt _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	TT/MM/JJJJ

1) Bitte um Angabe des Grundes bei Antwort „NEIN“ oder „UNBEKANNT“

Ergebnis des Tests	Bestätigung, dass kein Risiko einer Schwangerschaft besteht	Datum der Verschreibung von Lenalidomid	Name und Unterschrift der Ärztin/ des Arztes
<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> ergebnislos <input type="radio"/> nicht gemacht ² _____	<input type="radio"/>	TT/MM/JJJJ	
<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> ergebnislos <input type="radio"/> nicht gemacht ² _____	<input type="radio"/>	TT/MM/JJJJ	
<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> ergebnislos <input type="radio"/> nicht gemacht ² _____	<input type="radio"/>	TT/MM/JJJJ	
<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> ergebnislos <input type="radio"/> nicht gemacht ² _____	<input type="radio"/>	TT/MM/JJJJ	
<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> ergebnislos <input type="radio"/> nicht gemacht ² _____	<input type="radio"/>	TT/MM/JJJJ	
<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> ergebnislos <input type="radio"/> nicht gemacht ² _____	<input type="radio"/>	TT/MM/JJJJ	
<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> ergebnislos <input type="radio"/> nicht gemacht ² _____	<input type="radio"/>	TT/MM/JJJJ	
<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> ergebnislos <input type="radio"/> nicht gemacht ² _____	<input type="radio"/>	TT/MM/JJJJ	
<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> ergebnislos <input type="radio"/> nicht gemacht ² _____	<input type="radio"/>	TT/MM/JJJJ	
<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> ergebnislos <input type="radio"/> nicht gemacht ² _____	<input type="radio"/>	TT/MM/JJJJ	

2) Bitte um Angabe des Grundes bei Antwort „Nicht gemacht“