

Lenalidomide ratiopharm POTILASKORTTI

4. Ennen ensimmäistä lääkemääräystä lääkkeen määräävä lääkäri vahvistaa, että potilas on sekä saanut että ymmärtänyt saamansa neuvonnan koskien hoitoa, lenalidomidin oletettua teratogeenisuutta, ehkäisymenetelmiä ja raskaudenehkäisyntarvetta:

Nimi painokirjaimin: _____

Lääkärin allekirjoitus: _____

Päivämäärä _____

Myyntiluvanhaltijan yhteystiedot:

Teva Finland Oy
infofinland@tevapharm.com
puh. 020 180 5900

Voit ilmoittaa mahdollisista haittavaikutuksista osoitteeseen

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri
PL 55
00034 FIMEA
(www.fimea.fi)

ja/tai myyntiluvanhaltijalle osoitteeseen

safety.finland@tevaeu.com

Fimean hyväksymispäivämäärä: 10.02.2022



Lenalidomide ratiopharm potilaskortin keskeiset elementit

Potilaan nimi tai nimikirjaimet tai potilaan yksilöllinen koodi/tunnus: _____

Syntymäaika tai syntymävuosi tai ikäryhmä: _____

Lääkärin nimi (painokirjaimin): _____

Lääkärin puhelinnumero virka-aikana: _____

Lääkärin puhelinnumero virka-ajan ulkopuolella: _____

Lääkäri täyttää kaikki osiot:

1. Käyttöaihe (määrittele yksityiskohtaisesti valmisteyhteenvedon mukaan)

2. Potilaan tila (valitse yksi)

- Nainen, joka ei voi tulla raskaaksi
 Mies
 Nainen, joka voi tulla raskaaksi*

Täytä myös osio 3 >>

3. Naiset, jotka voivat tulla raskaaksi

Tämäkertaisen käynnin päivämäärä	Potilas käyttää vähintään jotakin tehokasta ehkäisymenetelmää (Valitse yksi)	Raskaustestin päivämäärä	Raskaustestin tulos (Valitse yksi)	Lenalidomidi-määräyksen päivämäärä	Lääkärin nimi (PAINOKIRJAIMIN) Lääkärin allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei ^b <input type="checkbox"/> Ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty ^c	Syy:	
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei ^b <input type="checkbox"/> Ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty ^c	Syy:	
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei ^b <input type="checkbox"/> Ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty ^c	Syy:	
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei ^b <input type="checkbox"/> Ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty ^c	Syy:	
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei ^b <input type="checkbox"/> Ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty ^c	Syy:	
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei ^b <input type="checkbox"/> Ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty ^c	Syy:	
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei ^b <input type="checkbox"/> Ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty ^c	Syy:	
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei ^b <input type="checkbox"/> Ei tiedossa ^b Syy:		<input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Negatiivinen <input type="checkbox"/> Tulokseton <input type="checkbox"/> Ei tehty ^c	Syy:	

^a 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 annosten ottamisen keskeytyessä) ja vähintään 4 viikkoa hoidon päättymisen jälkeen (lukuun ottamatta tapauksia, joissa munanjohdinstereilisatio on varmistettu). Tämä vaatimus koskee myös naisia, jotka voivat tulla raskaaksi, vaikka he vahvistaisivat pidättävänsä seksuaalisesta kanssakäymisestä kokonaan ja jatkuvasti. Lisätietoja on valmisteyhteenvedossa. ^b Jos Ei tai Ei tiedossa, kerro syy. ^c Jos Ei tehty, kerro syy.