

POMALIDOMIDE PPH (POMALIDOMID)

Karta Pacjenta

PODSTAWOWE ELEMENTY KARTY PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

Data urodzenia:

Imię i nazwisko lekarza:

Adres ośrodka:

.....

Numer telefonu do ośrodka:

LEKARZ WYPEŁNIA WSZYSTKIE SEKCJE.

1. Wskazanie (należy wpisać szczegółowo zgodnie z ChPL):

.....

.....

2. Status pacjenta (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

Kobieta niemogąca zajść w ciążę

Mężczyzna

Kobieta mogąca zajść w ciążę

(proszę również wypełnić pkt. 3)

3. Dla kobiet mogących zajść w ciążę ^a:

Data wizyty	Pacjentka stosuje przynajmniej jedną skuteczną metodę antykoncepcji (zaznacz jedną odpowiedź)	Data testu ciążowego	Wynik testu ciążowego (jedna odpowiedź)	Data przepisania pomalidomidu	Nazwisko lekarza	Podpis lekarza
	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ^b nie wiadomo <input type="checkbox"/> ^b		pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> nieokreślony <input type="checkbox"/> nie wykonano <input type="checkbox"/> ^c			
	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ^b nie wiadomo <input type="checkbox"/> ^b		pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> nieokreślony <input type="checkbox"/> nie wykonano <input type="checkbox"/> ^c			
	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ^b nie wiadomo <input type="checkbox"/> ^b		pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> nieokreślony <input type="checkbox"/> nie wykonano <input type="checkbox"/> ^c			
	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ^b nie wiadomo <input type="checkbox"/> ^b		pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> nieokreślony <input type="checkbox"/> nie wykonano <input type="checkbox"/> ^c			
	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ^b nie wiadomo <input type="checkbox"/> ^b		pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> nieokreślony <input type="checkbox"/> nie wykonano <input type="checkbox"/> ^c			
	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ^b nie wiadomo <input type="checkbox"/> ^b		pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> nieokreślony <input type="checkbox"/> nie wykonano <input type="checkbox"/> ^c			
	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ^b nie wiadomo <input type="checkbox"/> ^b		pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> nieokreślony <input type="checkbox"/> nie wykonano <input type="checkbox"/> ^c			
	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ^b nie wiadomo <input type="checkbox"/> ^b		pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> nieokreślony <input type="checkbox"/> nie wykonano <input type="checkbox"/> ^c			
	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ^b nie wiadomo <input type="checkbox"/> ^b		pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> nieokreślony <input type="checkbox"/> nie wykonano <input type="checkbox"/> ^c			
	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ^b nie wiadomo <input type="checkbox"/> ^b		pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> nieokreślony <input type="checkbox"/> nie wykonano <input type="checkbox"/> ^c			
	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ^b nie wiadomo <input type="checkbox"/> ^b		pozytywny <input type="checkbox"/> negatywny <input type="checkbox"/> nieokreślony <input type="checkbox"/> nie wykonano <input type="checkbox"/> ^c			

- a Kobiety mogące zajść w ciążę muszą mieć ujemne wyniki testów ciążowych o minimalnej czułości 25 mIU/ml wykonanych pod nadzorem personelu medycznego przed wydaniem recepty nie krócej niż po przynajmniej 4 tygodniach stosowania antykoncepcji przed rozpoczęciem leczenia produktem Pomalidomide PPH, co 4 tygodnie podczas trwania terapii (obejmuje to przerwy w dawkowaniu) i 4 tygodnie po zakończeniu terapii (z wyjątkiem pacjentek, u których wykonano sterylizację jajowodową). Zalecenie to dotyczy również kobiet mogących zajść w ciążę, które zachowują całkowitą abstynencję seksualną w czasie leczenia produktem Pomalidomide PPH. W celu uzyskania dalszych informacji należy zapoznać się z Charakterystyką Produktu Leczniczego.
- b Należy podać przyczynę dla odpowiedzi „nie” oraz „nie wiadomo”.
- c Należy podać przyczynę dla odpowiedzi „nie wykonano”.

4. Informacje dotyczące spodziewanego działania teratogennego pomalidomidu oraz konieczności zapobiegania ciąży zostały przekazane pacjentce/pacjentowi przed przepisaniem pierwszej dawki leku.

Nazwisko lekarza

Podpis lekarza

Data

KARTĘ PACJENTA NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.