

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ ΙΜΝΟΒΙΔ®

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΟΠΥΥ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ :
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ:
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:
ΤΗΛ.:..... ΦΑΞ:.....
E-MAIL:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

<u>ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (σε έτη):</u> (παρακαλώ επιλέξτε μία από τις παρακάτω κατηγορίες)	<18	18-64	65-75	>75
--	-----	-------	-------	-----

☐ ΓΥΝΑΙΚΑ ΧΩΡΙΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

☐ ΑΝΔΡΑΣ
Ο ασθενής έχει ενημερωθεί για τον κίνδυνο τερατογόνου δράσης της θεραπείας με πομαλιδομίδη και κατανοεί την ανάγκη χρήσης προφυλακτικού σε περίπτωση σεξουαλικής επαφής με γυναίκα με δυνατότητα τεκνοποίησης

☐ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ
Η ασθενής έχει ενημερωθεί για τον κίνδυνο τερατογόνου δράσης της θεραπείας και την ανάγκη αποφυγής της κύησης και ακολουθεί αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης τουλάχιστον τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Τελευταία δοκιμασία κύησης αρνητική;	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
Ημερομηνία τελευταίας δοκιμασίας κύησης:		
	Ημέρα	Μήνας Έτος

ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ:

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- ☐ Σε συνδυασμό με βορτεζομίπη και δεξαμεθαζόνη μετά από ένα προηγούμενο θεραπευτικό σχήμα, συμπεριλαμβανομένης της λεναλιδομίδης
- ☐ Σε συνδυασμό με τη δεξαμεθαζόνη ενδείκνυται μετά από τουλάχιστον δύο προηγούμενα θεραπευτικά σχήματα, συμπεριλαμβανομένης τόσο της λεναλιδομίδης όσο και της βορτεζομίδης, με εξέλιξη της νόσου κατά την τελευταία θεραπεία

☐ **ΑΛΛΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ* (συμπληρώστε):** _____

(*Σε περίπτωση έγκρισης « εκτός ένδειξης χορήγησης», ή «παρηγορητικής θεραπείας» το ειδικό έντυπο παραγγελίας πρέπει να συνοδεύεται από την σχετική έγκριση)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ

Περιγραφή	Ποσότητα
ΙΜΝΟΒΙΔ® 1mg, Hard Capsules - 1mg/CAPS, BTx21CAPS	
ΙΜΝΟΒΙΔ® 2mg, Hard Capsules - 2mg/CAPS, BTx21CAPS	
ΙΜΝΟΒΙΔ® 3mg, Hard Capsules - 3mg/CAPS, BTx21CAPS	
ΙΜΝΟΒΙΔ® 4mg, Hard Capsules - 4mg/CAPS, BTx21CAPS	

Ως θεράπων ιατρός, δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω συμπληρώσει προσωπικά τα ως άνω στοιχεία και ότι ο ανωτέρω καταγεγραμμένος ασθενής πληροί τα κριτήρια του Σχεδίου Ελαχιστοποίησης Κινδύνου για την χορήγηση θεραπείας με Ιμνοβιδ®.

Για τη συνταγογράφηση:
ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Για την παραγγελία:
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

(Υπογραφή, Ημερομηνία, Σφραγίδα)

(Υπογραφή, Ημερομηνία, Σφραγίδα)