

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ

Revlimid/SOF/EL-RMP/v37.0-Var.110107 & 0112/GRV10.0/135802/11.01.2023/2003-GR-2200007


Revlimid[®]
(lenalidomide)

ΠΡΟΣ Swixx Biopharma S.M.S.A.

Λεωφ. Κηφισίας 166α

15126 Μαρούσι, Ελλάδα

Τηλ: +30 214 444 9674

E-mail: medinfo.greece@swixxbiopharma.com



ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ REVLIMID®

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΟΠΥΥ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

.....

.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

ΤΗΛ:

ΦΑΞ:

E-MAIL:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

ΓΥΝΑΙΚΑ ΧΩΡΙΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΑΝΔΡΑΣ

Ο ασθενής ενημερώθηκε για τον κίνδυνο τερατογόνου δράσης της θεραπείας με λεναλιδομίδα και κατανοεί την ανάγκη χρήσης προφυλακτικού σε περίπτωση σεξουαλικής επαφής με γυναίκα με δυνατότητα τεκνοποίησης

ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η ασθενής ενημερώθηκε 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

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ:

Νεοδιαγνωσθέν

Μετά από τουλάχιστον μία προηγούμενη θεραπεία

ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ del5q:

Χαμηλού Κινδύνου

ή

Μεσαίου -1 Κινδύνου

ΛΕΜΦΩΜΑ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΑ ΤΟΥ ΜΑΝΔΥΑ:

Υποτροπιάζον και/ή Ανθεκτικό

ΟΖΩΔΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ (βαθμού 1-3α) που είχε υποβληθεί σε προηγούμενη θεραπεία:

ΑΛΛΟ Προσδιορίστε:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ

Περιγραφή:

REVLIMID® 5mg, Hard Capsules - 5mg/CAPS, BTx21CAPS

REVLIMID® 10mg, Hard Capsules - 10mg/CAPS, BTx21CAPS

REVLIMID® 15mg, Hard Capsules - 15mg/CAPS, BTx21CAPS

REVLIMID® 20mg, Hard Capsules - 20mg/CAPS, BTx21CAPS

REVLIMID® 25mg, Hard Capsules - 25mg/CAPS, BTx21CAPS

Ποσότητα:

.....

.....

.....

.....

.....

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 Revlimid®

Για τη συνταγογράφηση:

ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:

Υπογραφή:

Ημερομηνία: ____/____/____
Ημέρα Μήνας Έτος

Σφραγίδα:

Για την παραγγελία:

ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ:

Υπογραφή:

Ημερομηνία: ____/____/____
Ημέρα Μήνας Έτος

Σφραγίδα: