

## ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑΣ THALIDOMIDE BMS

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΕΟΠΥΥ:	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	ΤΗΛ.:
	ΦΑΞ:
	E-MAIL:

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

<input type="checkbox"/> ΓΥΝΑΙΚΑ ΧΩΡΙΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ			
<input type="checkbox"/> ΑΝΔΡΑΣ			
Ο ασθενής έχει ενημερωθεί για τον κίνδυνο της τερατογόνου δράσης της θεραπείας με Thalidomide BMS και κατανοεί την ανάγκη χρήσης προφυλακτικού σε περίπτωση σεξουαλικής επαφής με γυναίκα με δυνατότητα τεκνοποίησης η οποία δεν χρησιμοποιεί αποτελεσματική μέθοδο πρόληψης της κύησης;			
<input type="checkbox"/> ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ			
Η ασθενής έχει ενημερωθεί για τον κίνδυνο της τερατογόνου δράσης της θεραπείας με Thalidomide BMS και την ανάγκη αποτροπής της κύησης και έχει χρησιμοποιήσει αποτελεσματική μέθοδο πρόληψης της κύησης τις τελευταίες 4 τουλάχιστον εβδομάδες;			
Τελευταία δοκιμασία κύησης αρνητική;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Ημερομηνία τελευταίας δοκιμασίας κύησης:	_____	_____	_____
	Ημέρα	Μήνας	Έτος

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

<input type="checkbox"/> ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ
Σε συνδυασμό με μελφαλάνη και πρεδνιζόνη ενδείκνυται ως θεραπεία πρώτης γραμμής σε ασθενείς που πάσχουν από πολλαπλό μυέλωμα για το οποίο δεν έχουν λάβει θεραπεία, ηλικίας $\geq 65$ ετών ή στους οποίους δεν ενδείκνυται υψηλή δόση χημειοθεραπείας
<input type="checkbox"/> 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:

THALIDOMIDE BMS 50 mg, Hard Capsules, BT X 28 CAPS
--

#### 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 Thalidomide BMS και έχει υπογράψει το Έντυπο Έναρξης Θεραπείας.

#### Για τη συνταγογράφηση:

ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:	_____
Υπογραφή:	_____
Σφραγίδα:	_____
Ημερομηνία:	____/____/____ Ημέρα Μήνας Έτος

#### Για την παραγγελία:

ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ:	_____
Υπογραφή:	_____
Σφραγίδα:	_____
Ημερομηνία:	____/____/____ Ημέρα Μήνας Έτος