

| Potilaskortti

Lenalidomid Avansor
(lenalidomidi)

| Lenalidomid Avansor potilaskortti

Lääkäri täyttää kaikki osiot.

Potilaan nimi/nimikirjaimet tai potilaan yksilöllinen tunnus:

.....

Potilaan syntymäaika tai syntymävuosi tai ikäryhmä:

Lääkärin nimi:

.....

Osoite:

Puhelinnumero:

1. Lenalidomid Avansor -valmisteen käyttöaihe:

.....

2. Potilaan tila (valitse yksi)

Nainen, joka ei voi tulla raskaaksi

Mies

Nainen, joka voi tulla raskaaksi*

* Täytä myös kohta 3

3. Naiset, jotka voivat tulla raskaaksi^a

Käynnin päivämäärä	Potilas käyttää vähintään jotakin tehokasta ehkäisy-menetelmää (valitse yksi)	Raskaustestin määrä	Raskaustestin tulos (valitse yksi)	Lenalidomidin määräyksen päivämäärä	Lääkärin nimi	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:.....			
	<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 hoidon aloittamista, kun potilas on käyttänyt luotettavaa raskaudenehkäisyä vähintään 4 viikkoa. Raskaustesti on toistettava 4 viikon välein, mukaan lukien 4 viikkoa hoidon päättymisen jälkeen (lukuun ottamatta tapauksia, joissa munajohdinstenilisaatio on varmistettu). Raskaustesti on tehtävä sinä päivänä, jolloin potilas käy lääketä määräävän lääkäriin vastaanotolla tai käyntiä edeltävän kolmen vuorokauden aikana. Tämä vaatimus koskee myös naisia, jotka voivat tulla raskaaksi ja jotka ovat sitoutuneet täydelliseen ja jatkuvaan pidättymiseen sukupuolisesta kanssakäymisestä.

^b Jos Ei tai Ei tiedossa, lisää syy.

^c Jos Ei tehty, lisää syy.

4. Ennen ensimmäistä Lenalidomid Avansor -valmisteen lääkemääräystä potilaalle on kerrottu lenalidomidivalmisteen odotettavissa olevasta teratogeenisesta riskistä ja raskauden ehkäisyyn liittyvistä tarkoin noudatettavista toimenpiteistä, sekä annettu potilaalle potilasopas ja potilaskortti.

Lääkäriin nimi:

Lääkäriin allekirjoitus:

Päivämäärä:

Haittavaikutuksista ilmoittaminen

Jos havaitset haittavaikutuksia, kerro niistä lääkärille tai apteekkihenkilökunnalle. Tämä koskee myös sellaisia mahdollisia haittavaikutuksia, joita ei ole mainittu tässä potilaskortissa. Voit ilmoittaa haittavaikutuksista myös suoraan:

www-sivusto: www.fimea.fi
Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus
Fimea
Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri
PL 55
00034 FIMEA

Avansor Pharma Oy
Tekniikantie 14
02150 Espoo
sähköposti: info@avansorpharma.fi
puh: 050-46 66 881
www.avansorpharma.fi

Ilmoittamalla haittavaikutuksista voit auttaa saamaan enemmän tietoa tämän lääkevalmisteen turvallisuudesta.



Tekniikantie 14, 02150 Espoo
puh. 050 46 66 881
www.avansorpharma.fi