

Pasientkort**Lenalidomid Zentiva (lenalidomid)****Pasientinformasjon:**

Navn:

Fødselsdato eller aldersgruppe:

Forskriverinformasjon:

Navn:

Adresse:

Telefonnummer:

Legen skal fylle ut avsnittene under:**1. Indikasjon (detaljert beskrivelse i henhold til preparatomtale)****2. Pasientens status**

- Infertil kvinne
- Mann
- Fertil kvinne* (Fyll også ut del 4)

3. Pasienten har fått veiledning vedrørende den forventede fosterskadelige effekten av lenalidomid hos mennesker og nødvendigheten av å unngå graviditet, før første forskrivning.

Legens navn:

Dato:

Kopi av pasientkortet skal gis til pasienten.

4. For fertile kvinner*

Konsultasjons- dato	Pasienten bruker minst en effektiv prevensjonsmetode (Kryss av for et alternativ)	Graviditetstest dato	Resultat av graviditetstest (kryss av for ett alternativ)	Dato for forskrivning av lenalidomid	Legens navn			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: <hr/> <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: <hr/> <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: <hr/> <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: <hr/> <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: <hr/> <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					

Konsultasjons- dato	Pasienten bruker minst en effektiv prevensjonsmetode (Kryss av for et alternativ)	Graviditetstest dato	Resultat av graviditetstest (kryss av for ett alternativ)	Dato for forskrivning av lenalidomid	Legens navn			

	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: _____ <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: _____ <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: _____ <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: _____ <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					

Konsultasjons- dato	Pasienten bruker minst en effektiv prevensjonsmetode (Kryss av for et alternativ)	Graviditetstest dato	Resultat av graviditetstest (kryss av for ett alternativ)	Dato for forskrivning av lenalidomid	Legens navn			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: <hr/> <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: <hr/> <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: <hr/> <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: <hr/> <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: <hr/> <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					

Konsultasjons- dato	Pasienten bruker minst en effektiv prevensjonsmetode (Kryss av for et alternativ)	Graviditetstest dato	Resultat av graviditetstest (kryss av for ett alternativ)	Dato for forskrivning av lenalidomid	Legens navn			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Oppgi grunn: <hr/> <input type="checkbox"/> Ukjent. Oppgi grunn: <hr/>		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført. Oppgi grunn:					

*Hos fertile kvinner må det tas en medisinsk overvåket negativ graviditetstest (med en minimum følsomhet på 25 mIE/ml) før lenalidomid forskrives, etter at pasienten har brukt effektiv prevensjon i minst 4 uker, graviditetstest minst hver 4. uke under behandling (også ved avbrudd i behandlingen) og effektiv prevensjon i minst 4 uker etter endt behandling (unntatt i tilfeller med bekreftet eggledersterilisering). Dette omfatter også fertile kvinner som bekrefter absolutt og kontinuerlig avholdenhet. Mer informasjon kan finnes i preparatomtalen som kan søkes opp på Fellekatalogen.no

