



# Eyðublað fyrir skráningu þungana Lenalidomide Mylan

---

Vinsamlega fyllið út þetta eyðublað til að tilkynna þungun sjúklings (á einnig við um konur sem eru makar karlkyns sjúklings) sem hefur fengið meðferð með Lenalidomide Mylan. Sendið eyðublaðið strax til Icepharma, upplýsingar má sjá hér fyrir neðan.

[safety@icepharma.is](mailto:safety@icepharma.is)

Sími 540 8000

Einnig skal tilkynna um þunganir beint til Lyfjastofnunar, [www.lyfjastofnun.is](http://www.lyfjastofnun.is).

Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu til Lyfjastofnunar, samkvæmt leiðbeiningum á vefsíðu stofnunarinnar ([www.lyfjastofnun.is](http://www.lyfjastofnun.is))

## Eyðublað vegna þungunar

### Upplýsingar frá viðkomandi lækni

|               |  |            |  |
|---------------|--|------------|--|
| Nafn læknis:  |  | Staða:     |  |
| Heimilisfang: |  | Bær, land: |  |
| Símanúmer:    |  | Netfang:   |  |
| Faxnúmer:     |  |            |  |

### Upplýsingar um kvenkyns sjúkling

|                 |  |
|-----------------|--|
| Nafn sjúklings: |  |
| Kennitala:      |  |

### Kvenkyns maki karlsjúklings

|                 |  |
|-----------------|--|
| Nafn sjúklings: |  |
| Kennitala:      |  |

### Upplýsingar um meðferð Lenalidomide Mylan

|               |               |            |        |
|---------------|---------------|------------|--------|
| Lotunúmer     | Fyrnist (EXP) | Skammtar:  | Fjöldi |
|               |               |            |        |
| Upphafsdagur: |               | Lokadagur: |        |
| Ábendingar:   |               |            |        |

### Eftirfylgni við þungun

|   | Já | Nei |
|---|----|-----|
| Hefur sjúklingnum þegar verið vísað til kvensjúkdóma-/fæðingarlæknis? |    |     |

Ef já, vinsamlega gefið upp nafn læknis og upplýsingar um hvernig næst í hann

| <b>Ástæður þess að „Reglum um getnaðarvarnir“ var ekki fylgt</b>   |           |            |
|--|-----------|------------|
|  | <b>Já</b> | <b>Nei</b> |
| Rangt mat á barneignarhæfni?   |           |            |
| Ef Já, gefið ástæður fyrir röngu mati  |           |            |
|  |           |            |
| a. Aldur $\geq 50$ ára og án tíðablæðinga af eðlilegum orsökum* í $\geq 1$ ár<br>*að vera án tíðablæðinga eftir krabbameinsmeðferð eða meðan barn er haft á brjósti útilokar ekki barneignir |           |            |
| b. Snemmkomin eggjastokkabilun staðfest af sérfræðingi í kvensjúkdómum   |           |            |
| c. Brottnám eggjastokka og eggjaleiðara báðum megin eða legnám   |           |            |
| d. XY arfgerð, Turner heilkenni eða leg ekki til staðar  |           |            |
| <b>Notið listann til að tilgreina þá getnaðarvörn sem notuð var</b>  | <b>Já</b> | <b>Nei</b> |
| a. Vefjalyf (ígræði)   |           |            |
| b. Lykkja sem losar levónorgestrel   |           |            |
| c. Forðalyf sem inniheldur medroxyprógesterón asetat   |           |            |
| d. Rof á eggjaleiðurum (tilgreinið nánar hér fyrir neðan)  |           |            |
| I. Eggjaleiðarar saumaðir saman (tubal ligation)   |           |            |
| II. Eggjaleiðarar brenndir (tubal diathermy)   |           |            |
| III. Klemmur á eggjaleiðara (tubal clips)  |           |            |
| e. Kynlíf eingöngu með karlkyns maka sem hefur gengist undir rof á sáðrás: staðfesta á rof með tveimur neikvæðum sæðisgreiningum   |           |            |
| f. Getnaðarvarnatöflur sem hindra egglos og innihalda eingöngu prógesterón (þ.e. desógestrel)  |           |            |
| g. Önnur lyf í töfluformi, sem aðeins innihalda prógesterón  |           |            |
| h. Samsett getnaðarvarnarlyf til inntöku   |           |            |
| i. Aðrar lækningavörur til notkunar í legi   |           |            |
| j. Smokkur   |           |            |
| k. Hetta   |           |            |

|                       |  |  |
|-----------------------|--|--|
| I. Lykkja             |  |  |
| m. Rofnar samfarir    |  |  |
| n. Önnur aðferð       |  |  |
| o. Engin getnaðarvörn |  |  |

| <b>Greinið af neðangreindum lista orsök þess að getnaðarvörn brást</b>                     | <b>Já</b> | <b>Nei</b> |
|--|-----------|------------|
| Gleymdist að taka getnaðarvarnatöflu(r)  |           |            |
| Önnur lyf eða tilfallandi veikindi sem hafa áhrif á virkni getnaðarvarnarlyfja til inntöku |           |            |
| Þekkt óhapp við notkun hindrandi getnaðarvarnar (t.d. smokkur, hetta)                      |           |            |
| Óþekkt orsök   |           |            |
| Hafði sjúklingur skuldbundið sig til algers og samfellds skírlífis?                        |           |            |
| Var notkun lenalídómíðs hafin þrátt fyrir þungun sjúklings                                 |           |            |
| Fékk sjúklingurinn fræðslufni um hugsanlega hættu á vansköpun                              |           |            |
| Fékk sjúklingurinn fyrirmæli um nauðsyn þess að forðast þungun                             |           |            |

| <b>Upplýsingar um meðgöngu</b> |                 |                  |                 |                 |                   |                     |
|--------------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-------------------|---------------------|
| Dagur síðustu blæðinga:        |                 |                  | Áætluð fæðing:  |                 |                   |                     |
|                                |                 |                  |                 |                 |                   |                     |
| Þungunarpróf                   | Viðmiðunarsvæði |                  |                 | Dagsetning      |                   |                     |
| Þvag                           |                 |                  |                 |                 |                   |                     |
| Sermi                          |                 |                  |                 |                 |                   |                     |
| <b>Fæðingarsaga</b>            |                 |                  |                 |                 |                   |                     |
|                                | Niðurstaða      |                  |                 |                 |                   |                     |
| Þungunarár                     | Fósturlát       | Þungunar-<br>rof | Lifandi<br>fædd | Andvana<br>fædd | Lengd<br>meðgöngu | Fæðingar-<br>aðferð |
|                                |                 |                  |                 |                 |                   |                     |
|                                |                 |                  |                 |                 |                   |                     |
|                                |                 |                  |                 |                 |                   |                     |
|                                |                 |                  |                 |                 |                   |                     |
|                                |                 |                  |                 |                 |                   |                     |
|                                |                 |                  |                 |                 |                   |                     |

| <b>Fæðingargallar</b>  |           |            |
|--|-----------|------------|
|  | <b>Já</b> | <b>Nei</b> |
| Komu fæðingargallar fram í einhverri af þungununum?                                      |           |            |
| Er um arfgenga fæðingargalla að ræða í fjölskyldusögu?                                   |           |            |
| Ef svarið er já við einhverri ofangreindra spurninga, vinsamlega skýrið hér fyrir neðan. |           |            |
|  |           |            |

| <b>Sjúkrasaga móður</b> |            |     |         |            |
|-------------------------|------------|-----|---------|------------|
| Sjúkdómur               | Dagsetning |     | Meðferð | Niðurstaða |
|                         | Frá        | Til |         |            |
|                         |            |     |         |            |
|                         |            |     |         |            |
|                         |            |     |         |            |
|                         |            |     |         |            |
|                         |            |     |         |            |
|                         |            |     |         |            |
|                         |            |     |         |            |
|                         |            |     |         |            |
|                         |            |     |         |            |

| <b>Núverandi heilsufarsástand móður</b> |     |         |
|---|-----|---------|
| Sjúkdómur                               | Frá | Meðferð |
|   |     |         |
|   |     |         |
|   |     |         |
|   |     |         |
|   |     |         |
|   |     |         |

| <b>Félagsleg saga móður</b>         |  | <b>Já</b> | <b>Nei</b> |
|-------------------------------------|--|-----------|------------|
| Áfengi                              |  |           |            |
| Ef já, magn/fjöldi drykkja á dag:   |  |           |            |
| Tóbak                               |  |           |            |
| Ef svarið er já, magn á dag:        |  |           |            |
| Fíkniefni (afþreyingarnotkun lyfja) |  |           |            |
| Ef já, lýsið hér fyrir neðan:       |  |           |            |
|                                     |  |           |            |

| <b>Lyfjanotkun móður á meðgöngu og síðustu 4 vikur fyrir þungun</b><br>(þ.m.t. náttúrulyf, óhefðbundin lyf, lausasöluulyf og fæðubótarefni) |                     |                                 |                 |
|---|---------------------|---------------------------------|-----------------|
| <b>Lyf/meðferð</b>  | <b>Upphafsdagur</b> | <b>Lokadagur/ Enn í meðferð</b> | <b>Ábending</b> |
|   |                     |                                 |                 |
|   |                     |                                 |                 |
|   |                     |                                 |                 |
|   |                     |                                 |                 |
|   |                     |                                 |                 |
|   |                     |                                 |                 |
|   |                     |                                 |                 |

| <b>Eyðublaðið er fyllt út af:</b> |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| <b>Undirskrift</b>                | <b>Dagsetning</b> |
|                                   |                   |