



Imnovid® (pómalídómíð) ▼

Staðfestingareyðublað fyrir áætlun um að fyrirbyggja þungun

- ▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu, sjá leiðbeiningar og eyðublað á vef stofnunarinnar: www.lyfjastofnun.is.

IMNOVID (pómalídómíð)

Staðfestingareyðublað fyrir áætlun um að fyrirbyggja þungun

Nýútfyllt eintak þessa eyðublaðs VERÐUR að fylgja hverjum Imnovid (pómalídómíð) lyfseðli. Útfyllt og undirritað eyðublað skal geyma í apótekinu í 7 ár þar sem þess kann að verða þörf við úttekt á Imnovid (pómalídómíði) áætlun um að fyrirbyggja þungun.

Hluti læknis: Fyllist út af lækni sem ávísar lyfinu

Nafn sjúklings	
Fæðingardagur (ár), aldur eða aldurshópur	
Ábending	
Dagsetning lyfseðils	

Hakaðu í reitinn við hliðina á viðeigandi áhættuflokki sjúklings:

- Konasem getur orðið þunguð
- Konasem getur ekki orðið þunguð
- Karlmaður

Sjúklingi hefur verið veitt ráðgjöf varðandi vansköpunaráhrif hjá mönnum sem búist er við með pómalídómíði og þörf á að forðast þungun, áður en ávísun lyfsins fór fyrst fram (hakaðu í einn reit).

- Já
- Nei*
- Ekki þekkt*

Ástæða: _____

*Ef ekki framkvæmt skal tilgreina ástæðu

Varðandi næstu ávísanir: Sjúklingur hefur verið minntur á áhættur og kröfur áætlunar um að fyrirbyggja þungun (hakaðu í einn reit).

- Já
- Nei*
- Ekki þekkt*

Ástæða: _____

*Ef ekki framkvæmt skal tilgreina ástæðu

Aðeins fyrir konur sem geta orðið þungaðar

Sjúklingur nota a.m.k. eina örugga getnaðarvörn (hakaðu í einn reit):

- Já
- Nei*
- Ekki þekkt*

Ástæða: _____

*Ef ekki framkvæmt skal tilgreina ástæðu

Dagsetning síðasta þungunarprófs:

DD/MM/ÁÁÁÁ

Niðurstaða úr þungunarprófi (hakaðu í einn reit):

- Neikvætt
- Jákvætt
- Ófullnægjandi
- Ekki framkvæmt*

Ástæða: _____

*Ef ekki framkvæmt skal tilgreina ástæðu

Staðfesting frá lækni sem ávísar lyfi

Ég hef lesið og skilið „Upplýsingar fyrir heilbrigðisstarfsfólk“ fyrir Imnovid® (pómalídómíð) og staðfesti að upplýsingarnar sem ég gaf upperu réttar.

Nafn læknis með prentstöfum	
Undirskrift læknis	
Dagsetning	

Hluti apóteks: Fyllist út af lyfjafræðingi

Athugasemd til lyfjafræðings: dagsetning lyfseðilsins verður að vera sú sama á þessu eyðublaði fyrir staðfestingu á áætlun um að fyrirbyggja þungun. Afhendið lyfið ekki konum sem geta orðið þungaðar nema þungunarpróf sé neikvætt og hafi verið framkvæmt innan 3 daga frá ávísunardegi

Dagsetning afhendingar:

DD/MM/ÁÁÁÁ

Staðfesting frá apóteki

Ég hef lesið og skilið „Upplýsingar fyrir heilbrigðisstarfsfólk“ fyrir Imnovid® (pómálidómíð) og staðfesti að upplýsingarnar sem ég gaf upperu réttar.

Nafn lyfjafræðings með prentstöfum	
Undirskrift lyfjafræðings	
Dagsetning	