



Lenalidomid WH

Staðfestingareyðublað fyrir áætlun um að fyrirbyggja þungun

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

Hluti læknis: Fyllist út af lækni sem ávísar lyfinu.

Nafn sjúklings: _____

Kennitala sjúklings: _____

Ábending: _____

Dagsetning lyfseðils: _____

Hakaðu í reitinn við hliðina á viðeigandi áhættuflokki sjúklings:

- Kona sem getur orðið þunguð
- Kona sem getur ekki orðið þunguð
- Karlmaður

Ráðgjöf varðandi vansköpunaráhrif Lenalidomid WH (lenalídómíð) hjá mönnum og nauðsyn þess að forðast þungun hefur verið veitt sjúklingnum (hakaðu í einn reit).

- Já
- Nei*
- Ekki þekkt*

Útgáfa 01

Samþykkt af Lyfjastofnun í maí 2026

Ástæða: _____

*Ef ekki framkvæmt skal tilgreina ástæðu

Fyrir síðari lyfseðla: Sjúklingi hefur verið bent á áhættuna og kröfur áætlunar um að fyrirbyggja þungun (hakaðu í einn reit).

- Já
- Nei*
- Ekki þekkt*

Ástæða: _____

*Ef nei eða ekki þekkt skal tilgreina ástæðu

Aðeins fyrir konur sem geta orðið þungaðar:

Sjúklingur notar örugga getnaðarvörn (hakaðu í einn reit).

- Já
- Nei*
- Ekki þekkt*

Ástæða: _____

*Ef nei eða ekki þekkt skal tilgreina ástæðu

Dagsetning síðasta þungunarprófs: _____

Niðurstaða úr þungunarprófi (hakaðu í einn reit):

- Neikvætt
- Jákvætt
- Ófullnægjandi
- Ekki framkvæmt*

*Ef ekki framkvæmt skal tilgreina ástæðu

Staðfesting frá lækni sem ávísar lyfi

Útgáfa 01

Samþykkt af Lyfjastofnun í maí 2026

Ég hef lesið og skilið „Upplýsingar fyrir heilbrigðisstarfsmenn“ fyrir Lenalidomid WH (lenalídómíð) og staðfesti að upplýsingarnar sem ég gaf upp eru réttar.

Nafn læknis: _____

Undirskrift læknis: _____

Dagsetning: _____

Hluti apóteks. Fyllist út af lyfjafræðingi

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

Dagsetning afhendingar: _____

Staðfesting frá apóteki:

Ég hef lesið og skilið "Upplýsingar fyrir heilbrigðisstarfsmenn" fyrir Lenalidomid WH (lenalídómíð) og staðfesti að upplýsingarnar sem ég gaf upp eru réttar.

Nafn lyfjafræðings: _____

Undirskrift lyfjafræðings: _____

Dagsetning: _____