



## Sjúklingakort

Pomalidomide Zentiva (pómalídómíð)

### Lykilþættir sjúklingakorts fyrir Pomalidomide Zentiva (pómalídómíð)

Fyllist út af lækni/heilbrigðisstarfsmanni.

Nafn sjúklings eða upphafsstafir eða einkvæmt númer/auðkenni sjúklings:

---

Fæðingardagur eða fæðingarár eða aldurshópur:

---

Nafn læknis (með PRENTSTÖFUM):

---

Heimilisfang sjúkrahúss (með PRENTSTÖFUM):

---

Símanúmer:

---

### Ávísandi læknir skal fylla út hvern hluta:

1. **Ábending** (tilgreindu nánar í samræmi við samantekt á eiginleikum lyfsins):

---

---

**2. Staða sjúklings** (hakaðu í einn reit)

- Kona sem getur ekki orðið þunguð
- Karlmaður
- Kona sem getur orðið þunguð\* (Fylla þarf einnig út **hluta 3**)

### 3. Fyrir konur sem geta orðið þungaðar\*

Dagsetning heimsóknar	Sjúklingur nota a.m.k. eina örugga getnaðarvörn (hakaðu í einn reit)	Dagsetning seinasta þungunarprófs	Níðurstaða þungunarprófs (hakaðu í einn reit)	Dagsetning þómalídómíð ávísunar	Nafn læknis	Undirritun læknis
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			

Dagsetning heimsóknar	Sjúklingur nota a.m.k. eina örugga getnaðarvörn (hakaðu í einn reit)	Dagsetning seinasta þungunarprófs	Niðurstaða þungunarprófs (hakaðu í einn reit)	Dagsetning þómalídómíð ávísunar	Nafn læknis	Undirritun læknis
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			

Dagsetning heimsóknar	Sjúklingur nota a.m.k. eina örugga getnaðarvörn (hakaðu í einn reit)	Dagsetning seinasta þungunarprófs	Niðurstaða þungunarprófs (hakaðu í einn reit)	Dagsetning þómalídómíð ávísunar	Nafn læknis	Undirritun læknis
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			
	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei. Ástæða: <hr/> <input type="checkbox"/> Ekki þekkt. Ástæða: <hr/>		<input type="checkbox"/> Jákvætt <input type="checkbox"/> Neikvætt <input type="checkbox"/> Ófullnægjandi <input type="checkbox"/> Ekki framkvæmt. Ástæða:			

4. Sjúklingur hefur fengið ráðgjöf varðandi vansköpun á mönnum sem gera má ráð fyrir af völdum pómalídomíðs og nauðsyn þess að forðast þungun fyrir fyrstu ávísun lyfsins.

Nafn með prentstöfum:

---

Undirritun ávísandi læknis:

---

Dagsetning:

---

Samþykkt af Lyfjastofnun í desember 2024