



# Sjúklingakort

## Lenalidomide Mylan

---

Nafn eða upphafsstafir sjúklings: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_

Nafn læknis: \_\_\_\_\_

Heimilisfang læknis/sjúkrahúss: \_\_\_\_\_

Símanúmer læknis: \_\_\_\_\_

# Sjúklingakort fyrir lenalídómíð.

## Læknir skal fylla út alla hluta.

### 1. Ábending (tilgreindu nánar og í samræmi við samantekt á eiginleikum lyfs)

---

---

---

### 2. Sjúklingahópur (hakaðu í einn reit)

Kona sem ekki er á barneignaraldri

Karlmaður

Kona á barneignaraldri\*

\* Fyllið einnig út hluta 4

### 3. Ráðgjöf varðandi líkleg vanskapandi áhrif lenalídómíðs á menn og nauðsyn þess að forðast þungun var veitt áður en lyfinu var ávísað í fyrsta skipti

Undirskrift sjúklings \_\_\_\_\_ Dags. \_\_\_\_\_

Undirskrift læknis \_\_\_\_\_ Dags. \_\_\_\_\_

### 4. Fyrir konur á barneignaraldri\*

| Dags. heimsóknar | Sjúklingur notar a.m.k. eina örugga getnaðarvörn (Já/Nei) eða staðfest skírlifi | Dagsetning NEIKVÆÐS þungunarprófs | Staðfest að engin hættu sé á þungun (merkið við) | Dagsetning ávísunar lenalídómíðs | Nafn læknis (MED PRENTSTÖFUM) | Undirritun læknis |
|------------------|---|-----------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------|-------------------|
|                  |   |                                   |  |                                  |                               |                   |
|                  |   |                                   |  |                                  |                               |                   |
|                  |   |                                   |  |                                  |                               |                   |
|                  |   |                                   |  |                                  |                               |                   |
|                  |   |                                   |  |                                  |                               |                   |
|                  |   |                                   |  |                                  |                               |                   |
|                  |   |                                   |  |                                  |                               |                   |

\*Konur sem geta orðið þungaðar þurfa að fá neikvæða niðurstöðu á þungunarprófi sem læknir annast áður en lyfinu er ávísað (með næmi að lágmarki 25 m. a.e.ml), eftir að hafa notað viðeigandi getnaðarvörn í 4 vikur. Þungunarpróf skal endurtekið á 4 vikna fresti meðan á meðferðinni stendur (að meðtöldum hléum á skömmtun) og 4 vikum eftir lok meðferðar (nema ófrjósemisaðgerð með rofi á eggjaleiðurum hafi verið staðfest). Þetta á einnig við þær konur sem geta orðið þungaðar sem staðfesta algert og samfellt skírlifi. Frekari upplýsingar eru í Samantekt á eiginleikum lyfs.