

7 Imnovid® (pomalidomid) ▼ Program prevencije trudnoće

OBRAZAC ZA NARUČIVANJE LEKA Imnovid

INO-PHARM d.o.o., Milošev Kladenac 9v, Beograd, Srbija

Obrazac pošaljite na E-mail: mirjana.gorasevic@inopharm.net ili sanja.tucovic@inopharm.net

Tel: +381 11 3462 110, Mob: +381 64 8062 003

▼ **Ovaj lek je pod dodatnim praćenjem. Time se omogućava brzo otkrivanje novih bezbednosnih informacija. Zdravstveni radnici treba da prijave svaku sumnju na neželjene reakcije na ovaj lek. Uputstva za prijavljivanje dostupna su na www.alims.gov.rs**

Ovaj obrazac služi za naručivanje leka Imnovid u okviru sistema kontrolisane distribucije leka i programa prevencije trudnoće koji se sprovode za lek Imnovid.

Ovaj obrazac popunjava i potpisuje ordinirajući lekar prilikom propisivanja leka Imnovid i izdavanja recepta, te ovaj obrazac potpisuje i odgovorni farmaceut i šalje ga distributeru za naručivanje leka Imnovid u cilju njegovog izdavanja.

PROPISIVANJE LEKA

Lekar (ime i prezime):

Specijalnost:	
Tel.:	Fax:
E-mail:	
Zdravstvena ustanova:	
Adresa:	
Datum propisivanja leka / izdavanja recepta:	

PODACI O NARUDŽBI

Lek	Jačina	Pakovanje	Količina
IMNOVID®, kapsule, tvrde	1 mg	blister, 21 kapsula	
IMNOVID®, kapsule, tvrde	2 mg	blister, 21 kapsula	
IMNOVID®, kapsule, tvrde	3 mg	blister, 21 kapsula	
IMNOVID®, kapsule, tvrde	4 mg	blister, 21 kapsula	

Kao ordinirajući lekar potvrđujem da je pacijentu je pre prvog propisivanja leka objašnjena očekivana teratogenost leka kod čoveka i potreba sprečavanja trudnoće i da pacijent ispunjava sve uslove Programa prevencije trudnoće kod primene leka Imnovid.

Potpis i faksimil lekara:

Datum:

IZDAVANJE LEKA

Apoteka:

--

Vrsta apoteke: Bolnička apoteka Vanbolnička (javna) apoteka

Farmaceut (ime i prezime):

Tel.:	Fax:
E-mail:	
Adresa:	

Potpis farmaceuta:

Datum:

Verzija 1, maj 2019.