

7 Lenalidomid ▼ Program prevencije trudnoće

OBRAZAC ZA NARUČIVANJE LEKA REVLIMID

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 Revlimid u okviru sistema kontrolisane distribucije leka i programa prevencije trudnoće koji se sprovode za lek Revlimid. Ovaj obrazac popunjava i potpisuje ordinirajući lekar prilikom propisanja leka Revlimid i izdavanja recepta, te ovaj obrazac potpisuje i odgovorni farmaceut i šalje ga distributeru za naručivanje leka Revlimid 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 |
|---------------------------|--------|---------------------|----------|
| REVLIMID®, kapsule, tvrde | 5 mg | blister, 21 kapsula | |
| REVLIMID®, kapsule, tvrde | 10 mg | blister, 21 kapsula | |
| REVLIMID®, kapsule, tvrde | 15 mg | blister, 21 kapsula | |
| REVLIMID®, kapsule, tvrde | 25 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 Revlimid.

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: _____