

OBRAZAC ZA NARUČIVANJE LEKA Lenalidomide Alvogen

▼ 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 Lenalidomide Alvogen u okviru sistema kontrolisane distribucije leka i programa prevencije trudnoće koji se sprovode za ovaj lek.

Ovaj obrazac popunjava i potpisuje ordinirajući lekar prilikom propisivanja leka Lenalidomide Alvogen i izdavanja recepta, te ovaj obrazac potpisuje i odgovorni farmaceut i šalje ga distributeru za naručivanje leka Lenalidomide Alvogen 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
Lenalidomide Alvogen, kapsule, tvrde	2,5 mg	blister, 7 kapsula	
Lenalidomide Alvogen, kapsule, tvrde	5 mg	blister, 7 kapsula	
Lenalidomide Alvogen, kapsule, tvrde	10 mg	blister, 21 kapsula	
Lenalidomide Alvogen, kapsule, tvrde	15 mg	blister, 21 kapsula	
Lenalidomide Alvogen, kapsule, tvrde	25 mg	blister, 21 kapsula	

Kao ordinirajući lekar potvrđujem da je pacijentu 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 Lenalidomide Alvogen.

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: _____