

## OBRAZAC ZA NARUČIVANJE LEKA Innovid

▼ 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](http://www.alims.gov.rs)

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

Ovaj obrazac popunjava i potpisuje ordinirajući lekar prilikom propisanja leka Innovid i izdavanja recepta, te ovaj obrazac potpisuje i odgovorni farmaceut i šalje ga distributeru za naručivanje leka Innovid 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 Innovid.

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:

<Napomena: Na obrascu se mogu navesti i kontakt podaci odgovarajućih pravnih lica uključenih u distribuciju leka kojima se ovaj obrazac upućuje. >