Lenalidomid ▼
Program prevencije trudnoće

OBRAZAC PRISTANKA PACIJENTA
za primenu lenalidomida

▼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

Obrazac zajednički popunjavaju i pacijent i lekar - propisivač leka koji sadrži aktivnu supstancu lenalidomid.

Popunjavanjem i potpisivanjem lekar potvrđuje da je informisao pacijenta o rizicima primene lenalidomida, da ih je pacijent razumeo, kao i da je uputio pacijenta koje radnje treba da sprovodi.

Takođe, ovaj Obrazac služi za evidentiranje sprovođenja programa prevencije trudnoće.

Popunjavanjem i potpisivanjem pacijent potvrđuje da je informisan o rizicima primene lenalidomida, da ih razume, kao i da je upućen kako dalje da postupa.

Jedan primerak obrasca treba uručiti pacijentu, a jedan primerak zadržati u medicinskoj dokumentaciji pacijenta.

POPUNITI ŠTAMPANIM SLOVIMA

DEO A (popunjavaju svi pacijenti)

- Moj lekar mi je objasnio/la i razumeo/la sam moguće rizike i moguće koristi vezane za primenu leka lenalidomid.
  Imao/la sam priliku da postavljam pitanja i razumio/la sam odgovore koji su mi dati na ta pitanja.
- Primio/la sam, pročitao/la sam i razumeo/la sam „Vodič sa važnim informacijama za pacijente o primeni lenalidomida“.
- Razumem kako je lenalidomid propisan samo meni i kako ga ne smem deliti ni sa jednom drugom osobom, čak i ako boluje od iste bolesti kao ja. Lek moram da čuvam izvan domašaja dece.
- Sve neupotrebljene kapsule vratiću svom farmaceutu ili lekaru.
- Obavezujem se da neću da doniram krv tokom lečenja i najmanje 7 dana nakon prestanka lečenja.

_____	_____	_____
Mesto	Datum	Potpis

DEO B (**popunjavaju samo pacijentkinje u reproduktivnom periodu, što utvrđuje lekar)**

- Razumem kako je lenalidomid štetan za nerođeno dete.
- Obavezujem se da ću primenjivati efikasnu kontracepciju najmanje 4 nedelje pre početka lečenja, tokom celokupnog trajanja lečenja, uključujći prekide lečenja, kao i najmanje 4 nedelje nakon završetka lečenja ili potvrđujem kako se neću upuštati ni u kakve seksualne aktivnosti (potpuna i neprekidna seksualna apstinencija).
- Obavezujem se da čak i ako ne budem dobijala menstruaciju tokom lečenja, i dalje ću se pridržavati gore navedenih zahteva koji se odnose na kontracepciju.
- Saglasna za sprovođenje testova na trudnoću najmanje svake 4 nedelje, osim ako moj lekar potvrdi da sam podvrgnuta podvezivanju jajovoda.
- Ako lek lenalidomid ne dobijem od svog lekara, učiniću sve što mogu da odnesem recept za izdavanje leka farmaceutu u roku od jednog radnog dana od trenutka kada dobijem recept od svog lekara.
- U slučaju da zatrudnim ili posumnjam na trudnoću tokom lečenja, prestaću da uzimam lenalidomid i odmah ću se obratiti svom lekaru.

_____	_____	_____
Mesto	Potpis	Datum

DEO C (**popunjavaju muški pacijenti)**

- Razumem kako je lenalidomid štetan za nerođeno dete.
- Saglasan sam da koristim prezervative (čak i ako mi je izvršena vazektomija) tokom lečenja, tokom prekida lečenja, kao i najmanje 7 dana nakon prestanka lečenja, ako je moja partnerka trudna ili može da ostane trudna, a ne primenjuje efikasnu kontracepciju.
- Ako moja partnerka zatrudni tokom mog lečenja, savetovaću joj da odmah potraži savet lekara.
- Obavezujem se da neću da doniram spermu tokom lečenja lenalidomidom, tokom prekida lečenja i najmanje 7 dana nakon prestanka lečenja.

_____	_____	_____
Mesto	Datum	Potpis

DEO D (popunjava lekar – propisivač leka)

- Potvrđujem da sam pacijentu / pacijentkinji objasnio/la moguće koristi i moguće rizike lečenja lekom lenalidomid, uključujući i potrebu pridržavanja Programa prevencije trudnoće.

_____	_____	_____
Mesto	Datum	Potpis