▼ Lenalidomid - Program prevencije trudnoće

OBRAZAC ZA NARUČIVANJE LEKA Revlimid

▼ 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 služi za naručivanje leka Revlimid u okviru sistema kontrolisane distribucije leka i programa prevencije trudnoće koji se sprovode za lek Revlimid. Obrazac popunjava i potpisuje ordinirajući lekar prilikom propisivanja 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:**

Ovlašćeni distributer: AMICUS SRB D.O.O., Milorada Jovanovića 9, Beograd
Popunjen obrazac pošaljite na e-mail: amicusserbiasalesadministration@swixxbiopharma.com
Telefon: +381 11 4426 300

Verzija 4, datum odobrenja 31.1.2024.
2003-RS-2100005