7

Thalidine
(talidomid)
Program prevencije trudnoće
OBRAZAC ZA NARUČIVANJE TALIDOMIDA

Ovaj Obrazac za naručivanje talidomida mora da se popuni pre naručivanja talidomida. Obrazac zajednički popunjavaju lekar koji propisuje talidomid i farmaceut koji izdaje talidomid. Potpisani Obrazac služi za naručivanje talidomida od distributera u cilju izdavanja pacijentu.

Popunjavanjem i potpisivanjem lekar koji propisuje talidomid potvrđuje da je pružio informacije pacijentu o rizicima primene talidomida i radnjama koje treba da sprovodi, i da je pacijent razumeo i da se pridržava pruženih informacija.

Potpisivanjem farmaceut koji izdaje talidomid potvrđuje da su ispunjeni svi uslovi Programa prevencije trudnoće.

Ovaj Obrazac pacijent mora da priloži uz svaki recept za talidomid.

Obrazac za naručivanje talidomida služi za evidenciju sprovođenja Programa prevencije trudnoće.

PROPISIVANJE LEKA

Obrazac mora da sadrži i potpis lekara koji propisuje talidomid i farmaceuta koji izdaje talidomid, pre nego što se imenovanom pacijentu izda talidomid.

PODACI O LEKARU KOJI PROPISUJE LEK	
Ime i prezime	
Specijalnost	
Telefon	
E-mail	
Zdravstvena ustanova	

PODACI O NARUDŽBINI			
Indikacija za primenu talidomida			
Lek	**Jačina**	**Pakovanje**	**Količina**
Thalidine, kapsule, tvrde	50 mg	blister, 28 (4 x (7x1)) kapsula	
Datum propisivanja talidomida			

PODACI O PACIJENTU	
Ime i prezime	
Datum rođenja	

KATEGORIJA KOJOJ PACIJENT PRIPADA	
Žena u reproduktivnom periodu	
• pružen savet o riziku od teratogenog efekta talidomida • pružen savet o potrebi za izbegavanjem trudnoće • koristi efikasnu metodu kontracepcije tokom najmanje 4 nedelje ili se obavezala na potpunu i neprekidnu apstinenciju od seksualnog odnosa, koja se potvrđuje na mesečnom nivou • poslednji negativni rezultat testa za utvrđivanje trudnoće nije bio stariji od 3 dana na dan propisivanja talidomida	
• datum poslednjeg negativnog testa za utvrđivanje trudnoće	

Muškarac	
• pružen savet o riziku od teratogenog efekta talidomida • pružen savet o potrebi za izbegavanjem trudnoće • razume obavezu da koristi prezervativ prilikom seksualnog odnosa sa partnerkom u reproduktivnom periodu koja ne koristi efikasnu kontracepciju ili je trudna (čak i ukoliko je kod pacijenta urađena vazektomija)	
Žena koja nije u reproduktivnom periodu	

IZJAVA LEKARA KOJI PROPISUJE TALIDOMID	
• pročitao sam i razumeo *Talidomid – informativni set za zdravstvene radnike* • potvrđujem da su informacije navedene u *Obrascu za naručivanje leka Thalidine* tačne/istinite, potpune i u skladu sa uslovima Programa prevencije trudnoće za talidomid • potvrđujem da je terapija talidomidom započeta i pod nadzorom lekara sa iskustvom u primeni imunomodulatora i hemioterapeutika	
Ime i prezime lekara koji propisuje talidomid	
Potpis i faksimil lekara koji propisuje talidomid	
Datum propisivanja talidomida	

Napomena za farmaceuta – uz recept **mora** da bude priložen i *Obrazac za naručivanje talidomida*

PODACI O FARMACEUTU KOJI IZDAJE LEK		
Ime i prezime		
Telefon		
E-mail		
Vrsta apoteke	Bolnička	Javna (vanbolnička)
Naziv apoteke		

IZJAVA FARMACEUTA KOJI IZDAJE TALIDOMID	
• pročitao sam i razumeo *Talidomid – informativni set za zdravstvene radnike* • potvrđujem da je lekar koji propisuje talidomid kompletno popunio i potpisao *Obrazac za naručivanje leka Thalidine* • potvrđujem da poslednji rezultat testa za utvrđivanje trudnoće pacijentkinje koja je u reproduktivnom periodu nije bio stariji od 3 dana na dan propisivanja talidomida • potvrđujem da je pacijentkinji koja je u reproduktivnom periodu talidomid izdat na recept koji nije stariji od 7 dana • potvrđujem da je pacijentkinji u reproduktivnom periodu izdat talidomid za najviše 4 nedelje lečenja, odnosno da je pacijentkinji koja nije u reproduktivnom periodu ili pacijentu muškog pola izdat talidomid za najviše 12 nedelja lečenja.	
Ime i prezime farmaceuta koji izdaje talidomid	
Potpis farmaceuta koji izdaje talidomid	
Datum izdavanja talidomida	