

# 3

## IMNOVID (POMALIDOMID)

### KARTICA O PACIJENTU

Ime i prezime ili inicijali pacijenta ili jedinstveni matični broj:

---

Datum ili godina rođenja ili starosna grupa pacijenta:

---

Ime i prezime lekara (štampanim slovima):

---

Adresa (štampanim slovima):

---

Broj telefona: \_\_\_\_\_

**Lekar popunjava sve delove.**

1. **Indikacija** (molimo navedite detaljno u skladu sa Sažetkom karakteristika leka):

---

2. **Status pacijenta** (označiti primenljivo)

Muškarac

Žena koja nije u reproduktivnom periodu

Žena u reproduktivnom periodu\*

\*(popuniti i deo 3)

3. Za žene u reproduktivnom periodu<sup>a</sup>

Datum posete lekaru	Pacijentkinja koristi bar jedan efikasan metod kontracepcije (označiti)	Datum sprovođenja testa za utvrđivanje trudnoće	Rezultat testa za utvrđivanje trudnoće (označiti)	Datum propisivanja pomalidomida (datum recepta)	Ime i prezime lekara (štampanim slovima)	Potpis lekara
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nije poznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nije poznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nije poznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nije poznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nije poznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nije poznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nije poznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			

Datum posete lekaru	Pacijentkinja koristi bar jedan efikasan metod kontracepcije (označiti)	Datum sprovođenja testa za utvrđivanje trudnoće	Rezultat testa za utvrđivanje trudnoće (označiti)	Datum propisivanja pomalidomida (datum recepta)	Ime i prezime lekara (štampanim slovima)	Potpis lekara
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nije poznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nije poznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nije poznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Nije poznato <sup>b</sup>		<input type="checkbox"/> Pozitivan <input type="checkbox"/> Nejasan <input type="checkbox"/> Negativan <input type="checkbox"/> Nije rađen <sup>c</sup>			

<sup>a</sup> Žene u reproduktivnom periodu pre izdavanja recepta moraju imati negativan rezultat testa za utvrđivanje trudnoće (minimalne osetljivosti od 25 mIJ/mL) sproveden pod medicinskim nadzorom, nakon što je uspostavljen efikasan metod kontracepcije tokom najmanje 4 nedelje pre početka lečenja, a zatim negativan rezultat testa u intervalima od najmanje 4 nedelje za vreme lečenja (uključujući i prekide lečenja) i još najmanje 4 nedelje nakon završetka lečenja (osim u slučaju potvrđene sterilizacije podvezivanjem jajovoda). Ovo se takođe odnosi i na žene u reproduktivnom periodu koje su se obavezale na potpunu i neprekidnu apstinenciju od seksualnog odnosa. Za dodatne informacije pogledajte *Sažetak karakteristika leka*.

<sup>b,c</sup> Molimo, navedite razlog ukoliko je odgovor “Ne” ili “Nije poznato” ili “Nije rađen”

4. **Pre prvog propisivanja** pruženo je savetovanje o očekivanom teratogenom efektu kod ljudi i potrebi da se izbegne trudnoća.

Ime i prezime lekara (štampanim slovima)	Potpis lekara
	Datum