

5

OBRAZAC ZA NARUČIVANJE LEKA Imnovid (pomalidomid)

Ovaj obrazac služi za naručivanje leka Imnovid u okviru sistema kontrolisane distribucije leka i programa prevencije trudnoće koji se sprovode za lek Imnovid. Ovaj obrazac popunjava i potpisuje ordinirajući lekar prilikom propisanja leka Imnovid i izdavanja recepta, te ovaj obrazac potpisuje i odgovorni farmaceut i šalje ga distributeru za naručivanje leka Imnovid u cilju njegovog izdavanja.

PROPISIVANJE LEKA

Lekar (ime i prezime):

Specijalnost:

Tel:

Fax:

E-mail:

Zdravstvena ustanova:

Adresa:

Datum propisivanja leka / izdavanja recepta:

Za svog pojedinačnog pacijenta narucujem sledeće količine leka Imnovid (pomalidomid):

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	

*Navesti odgovarajući broj pakovanja leka

Status pacijenta (označiti): Žena s reproduktivnim potencijalom / Muškarac / Žena bez reproduktivnog potencijala

Indikacija: _____

Kao ordinirajući lekar potvrđujem da je pacijentu je pre prvog propisivanja leka objašnjena očekivana teratogenost leka kod ljudi i potreba sprečavanja trudnoće i da pacijent ispunjava sve uslove Programa prevencije trudnoće kod primene leka Imnovid.

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:

AMICUS SRB D.O.O., Milorada Jovanovića 9, Beograd, tel. 011/4426-300

Obrazac pošaljite na e-mail: amicusserbiasalesadministration@swixxbiopharma.com

Svi lični podaci lekara i pacijenta dostavljeni kompaniji AMICUS SRB biće zaštićeni i obrađeni u skladu sa važećim zakonima i propisima o zaštiti ličnih podataka. Za više detalja i informacija o Vašim pravima, molimo Vas da posetite: https://www.swixxbiopharma.com/pv_privacy.htm