

# Lenalidomide Sandoz

## Pasientkort

### Hovedelementer i pasientkortet for Lenalidomide Sandoz

Pasientens navn, initialer eller unik pasientkode/-identifikator:

---

Fødselsdato, fødselsår eller aldersgruppe: \_\_\_\_\_

Legens navn (BLOKKBOKSTAVER): \_\_\_\_\_

Adresse (BLOKKBOKSTAVER): \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

#### **Legen skal fylle ut alle deler.**

1. Indikasjon (detaljert beskrivelse i henhold til preparatomtale):

---

2. Pasientens status (kryss av for ett alternativ)

- Ikke fertil kvinne
  - Mann
  - Fertil kvinne\*
- (\*Fyll også ut del 3)

### 3. For fertile kvinner<sup>a</sup>

Konsulta- sjonsdato	Pasienten bruker minst en effektiv prevensjonsmeto de (kryss av for ett alternativ)	Graviditetstest dato	Resultat av graviditetstest (kryss av for ett alternativ)	Dato for forskrivning av lenalidomid	Legens navn (BLOKKBOK- STAVES og underskrift)
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Ukjent <sup>b</sup> Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført <sup>c</sup> Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Ukjent <sup>b</sup> Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført <sup>c</sup> Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Ukjent <sup>b</sup> Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført <sup>c</sup> Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Ukjent <sup>b</sup> Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført <sup>c</sup> Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Ukjent <sup>b</sup> Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført <sup>c</sup> Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Ukjent <sup>b</sup> Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført <sup>c</sup> Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Ukjent <sup>b</sup> Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført <sup>c</sup> Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Ukjent <sup>b</sup> Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført <sup>c</sup> Grunn:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Ukjent <sup>b</sup> Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført <sup>c</sup> Grunn:		

	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Ukjent <sup>b</sup> Grunn:		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført <sup>c</sup> Grunn:		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

<sup>a</sup> Hos fertile kvinner må det tas en medisinsk overvåket negativ graviditetstest (med en minimum følsomhet på 25 mIE/ml) før lenalidomid forskrives, etter at pasienten har brukt effektiv prevensjon i minst 4 uker, graviditetstest minst hver 4. uke under behandling (også ved avbrudd i behandlingen) og effektiv prevensjon i minst 4 uker etter endt behandling (unntatt i tilfeller med bekreftet eggledersterilisering). Dette omfatter også fertile kvinner som bekrefter absolutt og kontinuerlig avholdenhet. Mer informasjon kan finnes i preparatomtalen.

<sup>b</sup> Kan inkludere "spesifiser grunn" for et svar på Nei eller Ukjent, i selve skjemaet. Alternativt kan du følge opp direkte med helsepersonell for å få årsaken til svarene.

<sup>c</sup> Kan inkludere "spesifiser grunn" for et svar på Ikke utført, i selve skjemaet. Alternativt kan du følge opp direkte med helsepersonell for å få årsaken til svaret.

4. Pasienten har fått veiledning vedrørende den forventede fosterskadelige effekten av lenalidomid hos mennesker og nødvendigheten av å unngå graviditet, før første forskrivning.

Navn (BLOKKBOKSTAVER + underskrift):

---

Dato (DD/MM/ÅÅÅÅ):

---