

Graviditetsforebyggende program for Pomalidomide Accord

Informasjonsskjema til pasienter om risikoer – for infertile kvinner

Helsepersonell oppfordres til å melde enhver bivirkning på elektronisk meldeskjema:
www.dmp.no/meldeskjema.

Bekreftelse fra pasient

Jeg bekrefter at jeg forstår og vil overholde kravene til det graviditetsforebyggende programmet for pomalidomid, og jeg samtykker i at legen min kan starte behandlingen min med pomalidomid.

Legen din vil beholde dette skjemaet. Dine personopplysninger som samles inn, behandles av Accord, som innehaveren av markedsføringstillatelsen for Pomalidomide Accord med det formål å håndtere det graviditetsforebyggende programmet.

Dataene dine beholdes så lenge som nødvendig, for å overholde risikohåndteringsplanens juridiske forpliktelser og til oppbevaringsformål.

Dersom du har noen spørsmål om bruken av dine personopplysninger, gå til retningslinjene for personvern som er tilgjengelig på nettstedet vårt www.accord-healthcare.com

Pasientens signatur:		Dato:	DD	MM	ÅÅÅÅ
-------------------------	--	-------	----	----	------

Uttalelse av tolken (der det er aktuelt)

Jeg har formidlet informasjonen videre til pasienten/forelderen til min beste evne og på en måte som jeg tror vedkommende vil forstå. Vedkommende sier seg enig i å følge nødvendige forholdsregler for å forhindre at et ufødt barn eksponeres for pomalidomid.

Signert:		Navn: (blokkbokstaver)	
----------	--	---------------------------	--

Dato:	DD	MM	ÅÅÅÅ
-------	----	----	------

Kontaktinformasjon for Accord

Accord Healthcare AB

169 70 Solna

Tel: +46 8 624 00 25

Mail: norway@accord-healthcare.com