

**Pomalidomid Grindeks**

**(pomalidomid)**

**Pasientkort**

## Hovedelementer i pasientkortet for Pomalidomid Grindeks (pomalidomid)

Pasientens navn, initialer eller unik pasientkode/-identifikator

.....

Fødselsdato, fødselsår eller aldersgruppe:

dd/mm/åååå

Legens navn (BLOKKBOKSTAVER):.....

Adresse:.....

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. Pasienten har fått veiledning som gjelder den forventede teratogenisiteten av pomalidomid hos mennesker og nødvendigheten av å unngå graviditet, før første forskrivning:

Legens navn.....

Underskrift.....

Dato.....

#### 4. For fertile kvinner

Konsulta- sjonsdato	Pasienten bruker minst en effektiv prevensjonsmetode (Kryss av for ett alternativ)	Gravidi- tetstest dato	Resultat av graviditetstest *** (Kryss av for ett alternativ)	Neste konsulta- sjonsdato	Dato for forskrivning av pomalidomid	Legens underskrift
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Inkonklusiv <input type="checkbox"/> Ikke utført			

\*\*\*Hos fertile kvinner må det tas en medisinsk overvåket negativ graviditetstest (med en minimums følsomhet på 25 mIE/ml) før pomalidomid forskrives, etter at pasienten har brukt effektiv prevensjon i minst 4 uker, minst hver 4. uke under behandling (også ved avbrudd i behandlingen) og 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 finnes i preparatomtalen.