

# Tarjeta de paciente

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## DATOS DEL MÉDICO

Nombre

Apellidos

Dirección del hospital

Teléfono del hospital

## A completar por el médico

**1.** Indicación (por favor, especificar detalladamente según la ficha técnica):

**2.** Estado del paciente  
(marcar la casilla que corresponda)

- Varón  
 Mujer sin capacidad de gestación  
 Mujer con capacidad de gestación\*

**3.** Antes de la primera prescripción se ha proporcionado asesoramiento sobre la teratogenicidad de pomalidomida esperada en seres humanos y sobre la necesidad de evitar el embarazo

Firma y sello del médico

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\* Por favor, completar también la sección 4.

(▼) Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es importante comunicar los efectos adversos que pudiera usted tener. Puede consultar la forma de hacerlo en el prospecto del medicamento.

Información sobre prevención de riesgos autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) Julio 2020

Disponible en la web de la AEMPS: [www.aemps.gob.es](http://www.aemps.gob.es)

Por favor, devuelva esta tarjeta a su médico una vez finalizado el tratamiento.

4. Para mujeres con capacidad de gestación<sup>a</sup>

| Fecha de la visita | La paciente utiliza al menos un método anticonceptivo eficaz   | Fecha de la prueba de embarazo | Resultado de la prueba de embarazo (POR FAVOR MARCAR UNA)   | Fecha de prescripción | Firma del médico | Fecha de dispensación | Nombre y firma del farmacéutico |
|--------------------|--|--------------------------------|---|-----------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|
| ___/___/___        | Sí <input type="checkbox"/> No <sup>b</sup> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Desconocido | ___/___/___                    | <input type="checkbox"/> Positiva<br><input type="checkbox"/> Negativa<br><input type="checkbox"/> No concluyente<br><input type="checkbox"/> No realizada <sup>c</sup> | ___/___/___           |                  | ___/___/___           |                                 |
| ___/___/___        | Sí <input type="checkbox"/> No <sup>b</sup> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Desconocido | ___/___/___                    | <input type="checkbox"/> Positiva<br><input type="checkbox"/> Negativa<br><input type="checkbox"/> No concluyente<br><input type="checkbox"/> No realizada <sup>c</sup> | ___/___/___           |                  | ___/___/___           |                                 |
| ___/___/___        | Sí <input type="checkbox"/> No <sup>b</sup> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Desconocido | ___/___/___                    | <input type="checkbox"/> Positiva<br><input type="checkbox"/> Negativa<br><input type="checkbox"/> No concluyente<br><input type="checkbox"/> No realizada <sup>c</sup> | ___/___/___           |                  | ___/___/___           |                                 |
| ___/___/___        | Sí <input type="checkbox"/> No <sup>b</sup> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Desconocido | ___/___/___                    | <input type="checkbox"/> Positiva<br><input type="checkbox"/> Negativa<br><input type="checkbox"/> No concluyente<br><input type="checkbox"/> No realizada <sup>c</sup> | ___/___/___           |                  | ___/___/___           |                                 |
| ___/___/___        | Sí <input type="checkbox"/> No <sup>b</sup> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Desconocido | ___/___/___                    | <input type="checkbox"/> Positiva<br><input type="checkbox"/> Negativa<br><input type="checkbox"/> No concluyente<br><input type="checkbox"/> No realizada <sup>c</sup> | ___/___/___           |                  | ___/___/___           |                                 |
| ___/___/___        | Sí <input type="checkbox"/> No <sup>b</sup> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Desconocido | ___/___/___                    | <input type="checkbox"/> Positiva<br><input type="checkbox"/> Negativa<br><input type="checkbox"/> No concluyente<br><input type="checkbox"/> No realizada <sup>c</sup> | ___/___/___           |                  | ___/___/___           |                                 |
| ___/___/___        | Sí <input type="checkbox"/> No <sup>b</sup> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Desconocido | ___/___/___                    | <input type="checkbox"/> Positiva<br><input type="checkbox"/> Negativa<br><input type="checkbox"/> No concluyente<br><input type="checkbox"/> No realizada <sup>c</sup> | ___/___/___           |                  | ___/___/___           |                                 |
| ___/___/___        | Sí <input type="checkbox"/> No <sup>b</sup> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Desconocido | ___/___/___                    | <input type="checkbox"/> Positiva<br><input type="checkbox"/> Negativa<br><input type="checkbox"/> No concluyente<br><input type="checkbox"/> No realizada <sup>c</sup> | ___/___/___           |                  | ___/___/___           |                                 |

<sup>a</sup> Antes de expedirles una receta, una vez hayan comenzado a utilizar métodos anticonceptivos durante al menos 4 semanas, las mujeres con capacidad de gestación deben haber obtenido un resultado negativo en la prueba de embarazo supervisada por un médico (con una sensibilidad mínima de 25 mUI/ml), a intervalos de al menos 4 semanas durante el tratamiento (incluidos los períodos de interrupción del tratamiento) y al menos 4 semanas después de la finalización del tratamiento (salvo en el caso de ligadura de trompas confirmada). Esto incluye a las mujeres con capacidad de gestación que confirmen que mantienen una abstinencia sexual absoluta y continuada. Para más información, véase la ficha técnica del producto.

<sup>b</sup> Puede detallar "razón específica" para respuestas de No o Desconocido.

<sup>c</sup> Puede detallar "razón específica" para respuestas de No realizada.