

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento: Día/ Mes/ Año/

DATOS DEL MÉDICO

Nombre:

Apellidos:

Dirección del hospital:

Teléfono del hospital:

1. Indicación

2. Tipo de 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 el potencial teratogénico de la lenalidomida en seres humanos y sobre la necesidad de evitar el embarazo.

Firma y sello del médico:

Fecha:

Día/ Mes/ Año/

* Por favor, completar también la sección 4.

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

4. Para mujeres con capacidad de gestación ^a

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

^a Antes de realizar la prescripción, estas pacientes deberán haber comenzado a utilizar al menos un método anticonceptivo eficaz durante al menos 4 semanas y deben haber obtenido un resultado negativo en la prueba de embarazo efectuada bajo supervisión médica (con una sensibilidad mínima de 25 mUI/ml); se debe repetir la prueba a intervalos de al menos 4 semanas durante el tratamiento (incluidas las interrupciones del tratamiento), y al menos 4 semanas después de la finalización del tratamiento (excepto en el caso de ligadura de trompas confirmada). Para más información, véase la ficha técnica del medicamento.

^b Detallar "razón específica" para respuestas de No o Desconocido.

^c Detallar "razón específica" para respuestas de No realizada.