Tarjeta para el paciente en tratamiento con pomalidomida

DATOS DEL PACIENTE	DATOS DEL MÉDICO
Nombre:	Nombre:
Apellidos:	Apellidos:
Fecha de nacimiento:_____ /_____ /_____	Dirección del hospital:
	Teléfono del hospital:

A completar por el médico

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

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 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.**

Información sobre prevención de riesgos acordada con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Julio-2024

Disponible en la página web de la AEMPS: www.aemps.gob.es

Notificación de sospechas de reacciones adversas

Si experimenta cualquier tipo de efecto adverso, consulte a su médico o farmacéutico, incluso si se trata de posibles efectos adversos que no aparecen en el prospecto. También puede comunicarlos directamente a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: https://www.notificaram.es

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

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	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 ❑ No[b] ❑ Desconocido ❑	____ /____ /____	❑ Positiva ❑ Negativa ❑ No concluyente ❑ No realizada[c]	____ /____ /____		____ /____ /____	
____ /____ /____	Sí ❑ No[b] ❑ Desconocido ❑	____ /____ /____	❑ Positiva ❑ Negativa ❑ No concluyente ❑ No realizada[c]	____ /____ /____		____ /____ /____	
____ /____ /____	Sí ❑ No[b] ❑ Desconocido ❑	____ /____ /____	❑ Positiva ❑ Negativa ❑ No concluyente ❑ No realizada[c]	____ /____ /____		____ /____ /____	
____ /____ /____	Sí ❑ No[b] ❑ Desconocido ❑	____ /____ /____	❑ Positiva ❑ Negativa ❑ No concluyente ❑ No realizada[c]	____ /____ /____		____ /____ /____	
____ /____ /____	Sí ❑ No[b] ❑ Desconocido ❑	____ /____ /____	❑ Positiva ❑ Negativa ❑ No concluyente ❑ No realizada[c]	____ /____ /____		____ /____ /____	
____ /____ /____	Sí ❑ No[b] ❑ Desconocido ❑	____ /____ /____	❑ Positiva ❑ Negativa ❑ No concluyente ❑ 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 (incluidos los períodos de interrupción 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 producto.

Puede consultar la ficha técnica y el prospecto del medicamento en el Centro de información online de medicamentos de la AEMPS (CIMA) a través del siguiente enlace: https://cima.aemps.es/

[b] Puede detallar la "razón específica" para respuestas de No o Desconocido.

[c] Puede detallar la "razón específica" para respuestas de No realizada.