

# Tarjeta para el paciente de Talidomina

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año

Indicación:

## DATOS DEL MÉDICO

Nombre:

Apellidos:

Dirección del hospital:

Teléfono del hospital:

Fecha:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año

Firma o sello del médico:

## Programa de Prevención de Embarazos

Su médico evaluará si tiene posibilidades de quedarse embarazada basándose en determinados criterios médicos y lo documentará en su historia clínica y en esta tarjeta.

Completar por el médico que trata al paciente antes de iniciar el tratamiento con talidomida:

### El paciente es

- una mujer sin posibilidad de quedarse embarazada
- una mujer con posibilidad de quedarse embarazada
- un varón

### El/La paciente

- ha recibido el Folleto informativo para pacientes de talidomida
- ha sido asesorado y entiende la información sobre el Programa de Prevención de Embarazos
- entiende la información sobre los posibles efectos adversos de talidomida

### Solamente para pacientes de sexo femenino con posibilidad de quedarse embarazadas

- La paciente ha estado utilizando un método anticonceptivo eficaz durante al menos 4 semanas antes de iniciar el tratamiento.
- La primera prueba de embarazo antes de iniciar el tratamiento fue negativa/positiva y se realizó el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año

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

## Advertencia:

**Defectos de nacimiento graves y que ponen en peligro la vida del feto:** Si talidomida se toma durante el embarazo puede **provocar defectos de nacimiento graves o la muerte del feto**. Talidomida no debe ser utilizado nunca por mujeres embarazadas, ya que tan sólo una cápsula puede provocar defectos de nacimiento graves. Talidomida no debe ser utilizado nunca por mujeres que se puedan quedar embarazadas, a menos que sigan el Programa de Prevención de Embarazos de talidomida.

Le recomendamos que lleve consigo esta tarjeta de paciente en todo momento. Muéstrela cada vez que visite al médico por cualquier motivo o cada vez que vaya a la farmacia para que le dispensen talidomida.

Fecha de la visita	Fecha de la prescripción	Dosis diaria	Fecha y resultado de la prueba de embarazo (para mujeres con capacidad de gestación)	Nombre y firma del médico	Fecha de la próxima visita	Fecha de dispensación	Nombre y firma del farmacéutico
___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año		___/___/___/___ Día Mes Año <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa		___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año	
___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año		___/___/___/___ Día Mes Año <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa		___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año	
___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año		___/___/___/___ Día Mes Año <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa		___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año	
___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año		___/___/___/___ Día Mes Año <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa		___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año	
___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año		___/___/___/___ Día Mes Año <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa		___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año	
___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año		___/___/___/___ Día Mes Año <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa		___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año	
___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año		___/___/___/___ Día Mes Año <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa		___/___/___/___ Día Mes Año	___/___/___/___ Día Mes Año	