

KARTA PACIENTA

THALIDOMIDE BMS (thalidomid)

Vyplněnou kartu založte do zdravotnické dokumentace pacienta/pacientky!

Jméno a příjmení pacienta	Věk pacienta/ky (v letech)

NÁSLEDUJÍCÍ KOLONKY VYPLNÍ LÉKAŘ:

1. Indikace	
-------------	--

2. Označte kategorii pacienta	☐ Muž ☐ Žena, která nemůže otěhotnět ☐ Žena, která může otěhotnět – vyplňte také část 4.
-------------------------------	---

3. Poradenství s lékařem ohledně možných teratogenních účinků thalidomidu a o nutnosti zamezit těhotenství absolvována před prvním předepsáním léku.	
--	--

Jméno a příjmení lékaře	Datum a podpis

4. Evidence provedených těhotenských testů u žen, které mohou otěhotnět*						
Datum návštěvy	Pacientka používá nejméně jednu účinnou metodu antikoncepce	Datum těhotenského testu	Výsledek těhotenského testu	Datum předepsání thalidomidu	Jméno lékaře	Podpis lékaře
	☐ Ano ☐ Ne** ☐ Neří známo**		☐ Pozitivní ☐ Negativní ☐ Neprůkazný ☐ Nebyl proveden***			
	☐ Ano ☐ Ne** ☐ Neří známo**		☐ Pozitivní ☐ Negativní ☐ Neprůkazný ☐ Nebyl proveden***			

Datum návštěvy	Pacientka používá nejméně jednu účinnou metodu antikoncepce	Datum těhotenského testu	Výsledek těhotenského testu	Datum předepsání thalidomidu	Jméno lékaře	Podpis lékaře
	☐ Ano ☐ Ne** ☐ Není známo**		☐ Pozitivní ☐ Negativní ☐ Neprůkazný ☐ Nebyl proveden***			
	☐ Ano ☐ Ne** ☐ Není známo**		☐ Pozitivní ☐ Negativní ☐ Neprůkazný ☐ Nebyl proveden***			
	☐ Ano ☐ Ne** ☐ Není známo**		☐ Pozitivní ☐ Negativní ☐ Neprůkazný ☐ Nebyl proveden***			
	☐ Ano ☐ Ne** ☐ Není známo**		☐ Pozitivní ☐ Negativní ☐ Neprůkazný ☐ Nebyl proveden***			
	☐ Ano ☐ Ne** ☐ Není známo**		☐ Pozitivní ☐ Negativní ☐ Neprůkazný ☐ Nebyl proveden***			
	☐ Ano ☐ Ne** ☐ Není známo**		☐ Pozitivní ☐ Negativní ☐ Neprůkazný ☐ Nebyl proveden***			
	☐ Ano ☐ Ne** ☐ Není známo**		☐ Pozitivní ☐ Negativní ☐ Neprůkazný ☐ Nebyl proveden***			
	☐ Ano ☐ Ne** ☐ Není známo**		☐ Pozitivní ☐ Negativní ☐ Neprůkazný ☐ Nebyl proveden***			

* Ženy, které mohou otěhotnět, musí před vydáním předpisu podstoupit pod dohledem lékaře těhotenský test (s minimální citlivostí 25 mIU/mL) s negativním výsledkem, a to poté, co používají antikoncepci po dobu alespoň 4 týdnů, dále ve čtyřtýdenních intervalech po dobu trvání léčby (včetně jejího přerušení) a alespoň 4 týdny po ukončení léčby (pokud není potvrzena sterilizace podvazem vaječníků). To se týká i žen, které mohou otěhotnět a které potvrdily úplnou a nepřetržitou pohlavní abstinenci. Další informace najdete v Souhrnu údajů o přípravku.

** Pro odpověď **Ne** nebo **Není známo** uveďte důvod.

*** Pro odpověď **Nebyl proveden** uveďte důvod.