



▼ **Revlimid[®]** (lenalidomid)

Pasientkort

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig.
Du kan bidra ved å melde enhver mistenkt bivirkning, se www.legemiddelverket.no/pasientmelding.

Hovedelementer i pasientkortet for Revlimid® (lenalidomid)

Pasientens navn, initialer eller unik pasientkode/-identifikator:

.....

Fødselsdato, fødselsår eller aldersgruppe:

DD/MMM/ÅÅÅÅ

Legens navn (BLOKKBOKSTAV):

Adresse (BLOKKBOKSTAV):

Telefonnummer:

Legen skal fylle ut alle deler.

1. Indikasjon (detaljert beskrivelse i henhold til preparatomtale)

.....

2. Pasientens status (kryss av for ett alternativ)

☐

Ikke fertil kvinne

☐

Mann

☐

Fertil kvinne*

(* Fyll også ut del 3)

3. For fertile kvinner ^a

Konsulta- sjonsdato	Pasienten bruker minst en effektiv prevensjonsmetode (Kryss av for ett alternativ)	Graviditets- test dato	Resultat av graviditetstest (Kryss av for ett alternativ)	Dato for for- skrivning av lenalidomid	Legens navn (BLOKKBOKSTAVER og underskrift)
	☐ Ja ☐ Nei ^b ☐ Ukjent ^b		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Inkonklusiv ☐ Ikke utført ^c		
	☐ Ja ☐ Nei ^b ☐ Ukjent ^b		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Inkonklusiv ☐ Ikke utført ^c		
	☐ Ja ☐ Nei ^b ☐ Ukjent ^b		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Inkonklusiv ☐ Ikke utført ^c		
	☐ Ja ☐ Nei ^b ☐ Ukjent ^b		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Inkonklusiv ☐ Ikke utført ^c		
	☐ Ja ☐ Nei ^b ☐ Ukjent ^b		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Inkonklusiv ☐ Ikke utført ^c		
	☐ Ja ☐ Nei ^b ☐ Ukjent ^b		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Inkonklusiv ☐ Ikke utført ^c		
	☐ Ja ☐ Nei ^b ☐ Ukjent ^b		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Inkonklusiv ☐ Ikke utført ^c		
	☐ Ja ☐ Nei ^b ☐ Ukjent ^b		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Inkonklusiv ☐ Ikke utført ^c		
	☐ Ja ☐ Nei ^b ☐ Ukjent ^b		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Inkonklusiv ☐ Ikke utført ^c		
	☐ Ja ☐ Nei ^b ☐ Ukjent ^b		☐ Positiv ☐ Negativ ☐ Inkonklusiv ☐ Ikke utført ^c		

^a Hos fertile kvinner må det tas en medisinsk overvåket negativ graviditetstest (med en minimum følsomhet på 25 mIU/ml) før lenalidomid forskrives, etter at pasienten har brukt effektiv prevensjon i minst 4 uker, graviditetstest minst hver 4. uke under behandling (også ved avbrudd i behandlingen) og effektiv prevensjon i minst 4 uker etter endt behandling (unntatt i tilfeller med bekreftet eggledersterilisering). Dette omfatter også fertile kvinner som bekrefter absolutt og kontinuerlig avholdenhet. Mer informasjon finnes i preparatomtalen.

^b Kan inkludere "spesifiser grunn" for et svar på Nei eller Ukjent, i selve skjemaet. Alternativt kan du følge opp direkte med helsepersonell for å få årsaken til svarene.

^c Kan inkludere "spesifiser grunn" for et svar på Ikke utført, i selve skjemaet. Alternativt kan du følge opp direkte med helsepersonell for å få årsaken til svaret.

- 4. Pasienten har fått veiledning vedrørende den forventede fosterskadelige effekten av lenalidomid hos mennesker og nødvendigheten av å unngå graviditet, før første forskrivning**

Navn (BLOKKBOKSTAVER + underskrift)

Dato