

NOTIZEN



1 Zuerst hier falten (siehe Abb.) ...

5/5

2 ... dann hier falten (siehe Abb.)

3/5

Vor Behandlungsbeginn mit Lenalidomid durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin auszufüllen:

1. Indikation (bitte ankreuzen):

Multiples Myelom:
 ndMM
 Nach mindestens einer vorausgegangenenen Therapie Therapieserie
 Monotherapie für die Erhaltungstherapie nach einer autologen Stammzelltransplantation
 Myelodysplastisches Syndrom mit transfusionsabhängiger Anämie mit Niedrig-/Intermediär-/1-Risiko in Verbindung mit isolierter Deletion 5q
 rezidiviertes oder refraktäres Mantelzell-Lymphom bei Erwachsenen
 Follikuläres Lymphom
 Anderes (bitte angeben): _____

2. Patienten/Patientinnen-Status (bitte ankreuzen):

Nicht gebärfähige Frau
 Männlich
 Gebärfähige Frau (bitte Folder aufklappen und auch Seite 4 ausfüllen)

3. Eine Beratung hinsichtlich der zu erwartenden teratogenen Wirkung (Fehlbildungen) von Lenalidomid beim Menschen und der Notwendigkeit zur Vermeidung einer Schwangerschaft wurde vor der ersten Verschreibung des Arzneimittels durchgeführt.

Unterschrift behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin _____ Datum _____

2022/01/91



PATIENTEN/PATIENTINNEN-KARTE LENALIDOMID ZENTIVA (Lenalidomid)

Bei jedem Arzt/Ärztinnen-Besuch mitnehmen.



1/5

2/5

2022/01/91 ... managing health

A-med

Vorname/Nachname Patient/Patientin	Geburtsdatum
BEHANDELNDER ARZT ODER ÄRZTIN	
Vorname/Nachname behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin	Arzt/Ärztin Adresse
Arzt/Ärztin Notfallnummer	

PATIENTEN/PATIENTINNEN-KARTE

Dem Patienten/der Patientin ist eine Kopie dieser Patienten/Patientinnen-Karte auszuhandigen.



4. Für gebärfähige Frauen*

Datum Arztbesuch	Patientin wendet mindestens eine zuverlässige Verhütungsmethode an	Datum Schwangerschaftstest	Ergebnis des Tests (bitte ankreuzen)	Datum Verschreibung Lenalidomid	Name Arzt/Ärztin	Unterschrift Arzt/Ärztin	Abgegeben von	Abgabe Datum
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein. Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt. Grund: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht. Grund: _____					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein. Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt. Grund: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht. Grund: _____					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein. Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt. Grund: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht. Grund: _____					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein. Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt. Grund: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht. Grund: _____					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein. Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt. Grund: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht. Grund: _____					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein. Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt. Grund: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht. Grund: _____					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein. Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt. Grund: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht. Grund: _____					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein. Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt. Grund: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht. Grund: _____					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein. Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt. Grund: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht. Grund: _____					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein. Grund: _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt. Grund: _____		<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ergebnislos <input type="checkbox"/> Nicht gemacht. Grund: _____					

* Gebärfähige Frauen müssen vor der Verschreibung einen medizinisch überwachten negativen Schwangerschaftstest (mit einer Mindestempfindlichkeit von 25 mIE/ml) 4 Wochen ab Beginn der Empfängnisverhütung, alle 4 Wochen während der Therapie und 4 Wochen nach Ende der Therapie (es sei denn, eine bestätigte Tubensterilisation liegt vor) nachweisen. Dazu gehören auch gebärfähige Frauen, die absolute und dauerhafte sexuelle Enthaltsamkeit bestätigen. Weitere Information entnehmen Sie bitte der Gebrauchsinformation.