

Lenalidomide

Questo materiale educativo si applica a tutti i medicinali contenenti il principio attivo lenalidomide (Revlimid e generici)

Per segnalare qualunque effetto indesiderato riscontrato durante l'assunzione di questo medicinale può far riferimento al sito <https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse>.

- ▼ Revlimid® (lenalidomide) è un medicinale sottoposto a monitoraggio aggiuntivo. Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni sulla sicurezza.

Scheda Paziente

È necessario conservare questo opuscolo e presentarlo al medico ad ogni consultazione

Iniziali del/la paziente |__|__| - |__|__|

Codice Paziente in Registro AIFA (se disponibile) _____

Anno di nascita o Fascia d'età _____

Nome del medico _____

Indirizzo del medico _____

Numero di telefono del medico _____

Ogni sezione deve essere compilata dal medico

1. Indicazione in accordo con

- RCP
- Lista della Legge 648/96 (specificare)
- Altro uso off-label (specificare)

2. Tipologia di paziente (spuntare una casella)

- Uomo
- Donna non potenzialmente fertile*

(*) *controllo dell'aderenza al Programma di Prevenzione della Gravidanza (PPP) non richiesto*

- Donna potenzialmente fertile **

(**) *compilare anche la sezione 3.*

3. Per le donne potenzialmente fertili^a

Data della visita	La paziente usa un metodo contraccettivo efficace? (spuntare)	Data del test di gravidanza	Esito test di gravidanza (spuntare)	Data della prossima visita	Data della prescrizione di lenalidomide	Nome del medico (in stampatello)	Firma del medico
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> Non noto ^b		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Incerto <input type="checkbox"/> Non effettuato ^c				
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> Non noto ^b		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Incerto <input type="checkbox"/> Non effettuato ^c				
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> Non noto ^b		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Incerto <input type="checkbox"/> Non effettuato ^c				
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> Non noto ^b		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Incerto <input type="checkbox"/> Non effettuato ^c				
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> Non noto ^b		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Incerto <input type="checkbox"/> Non effettuato ^c				
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No ^b <input type="checkbox"/> Non noto ^b		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Incerto <input type="checkbox"/> Non effettuato ^c				

^aLe donne potenzialmente fertili devono risultare negative al test di gravidanza eseguito sotto controllo medico (con una sensibilità minima di 25 mUI/ml) prima del rilascio della prescrizione e dopo avere adottato un metodo contraccettivo per almeno 4 settimane, a intervalli di almeno 4 settimane durante la terapia (comprese le sospensioni della dose) e almeno 4 settimane dopo la fine della terapia (salvo confermata sterilizzazione tramite legatura delle tube). Sono incluse le donne potenzialmente fertili che confermano di osservare un'astinenza assoluta e continuata. Per maggiori informazioni, si rimanda al Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.

^bSpecificare il motivo per cui si è risposto No o Non noto.

^cSpecificare il motivo per cui si è risposto Non effettuato.

I dati forniti saranno utilizzati secondo il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali UE 679/2016.

4. Prima della prima prescrizione sono stati forniti tutti i dettagli e le istruzioni in merito all'attesa teratogenicità umana di lenalidomide e alla necessità di evitare una gravidanza.

Nome del medico (Stampatello)

Firma del medico

Data
