

KARTA PACIENTA

Karta pacienta, ktorý sa lieči Thalidomidom BMS® (talidomid)

(Kartu založte medzi zdravotné záznamy pacienta)

Meno pacienta / iniciály:

Dátum narodenia,
vek alebo veková skupina:

Meno lekára (paličkové písmo):

Adresa:

Telefónne číslo:

Vyplní lekár:

1. **Indikácia** (prosím podrobne špecifikujte podľa SPC)

2. **Katégória pacienta** (označte jednu možnosť)

Žena, ktorá nemôže otehotnieť

Muž

Žena, ktorá môže otehotnieť* (Prosím vyplňte aj druhú stranu)

3. Ženy, ktoré môžu otehotnieť^a

| Dátum návštevy | Pacientka užíva aspoň jednu účinnú metódu antikoncepcie (označte) | Dátum tehotenského testu | Výsledok tehotenského testu |
|----------------|--|--------------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE ^b <input type="checkbox"/> NEZNÁME ^b | | <input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný ^c |
| | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE ^b <input type="checkbox"/> NEZNÁME ^b | | <input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný ^c |
| | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE ^b <input type="checkbox"/> NEZNÁME ^b | | <input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný ^c |
| | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE ^b <input type="checkbox"/> NEZNÁME ^b | | <input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný ^c |
| | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE ^b <input type="checkbox"/> NEZNÁME ^b | | <input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný ^c |
| | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE ^b <input type="checkbox"/> NEZNÁME ^b | | <input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný ^c |
| | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE ^b <input type="checkbox"/> NEZNÁME ^b | | <input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný ^c |
| | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE ^b <input type="checkbox"/> NEZNÁME ^b | | <input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný ^c |
| | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE ^b <input type="checkbox"/> NEZNÁME ^b | | <input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný ^c |
| | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE ^b <input type="checkbox"/> NEZNÁME ^b | | <input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný ^c |
| | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE ^b <input type="checkbox"/> NEZNÁME ^b | | <input type="checkbox"/> pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> nejasný <input type="checkbox"/> nevykonaný ^c |

^a Ženy, ktoré môžu otehotnieť, musia mať negatívny tehotenský test (s minimálnou citlivosťou 25 mIU/ml) vykonaný pod dohľadom lekára pred predpísaním lieku, prvýkrát po aspoň 4 týždňoch užívania antikoncepcie pred začatím liečby, ďalej aspoň v 4-týždňových intervaloch počas liečby (toto pokrýva aj prerušenia liečby) a nakoniec aspoň 4 týždne po ukončení liečby (s výnimkou sterilizácie podviazaním vajíčkovodov). Týka sa to aj žien, ktoré sa zaviazali k úplnej

| Dátum predpisania Thalidomidu BMS® | Meno lekára (paličkovým písmom) | Podpis lekára |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

- a nepretržitej sexuálnej abstinencii. Ďalšie informácie sú dostupné v Súhrne charakteristických vlastností lieku.
- b Prosím uveďte dôvod.
- c Prosím uveďte dôvod.

4. Poradenstvo v súvislosti s očakávaným teratogénnym účinkom talidomidu u ľudí a potrebe predchádzať gravidite bolo poskytnuté pred prvým predpísaním lieku.

Meno lekára:

Podpis lekára:

Dátum: