

# Patientkort

## Lenalidomide SUN



# Viktiga delar av patientkortet för Lenalidomid SUN

---

Patientens namn eller initialer eller kod/identifierare som är unik för patienten:

---

Födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp:

DD/MMM/ÅÅÅÅ

Läkarens namn (TEXTA):

---

Adress (TEXTA):

---

Telefonnummer:

---

## Läkaren ska fylla i varje avsnitt.

1. Indikation (ange i detalj enligt produktresumén)

---

2. Patientens status (kryssa i ett alternativ)

- Icke fertil kvinna
- Man
- Fertil kvinna\*  
(\* Fyll även i avsnitt 3)

3. För fertila kvinnor <sup>a</sup>

Datum för aktuellt besök	Patienten använder minst en effektiv preventivmetod (Kryssa i ett alternativ)	Datum för graviditetstest	Resultat av graviditetstest (Kryssa i ett alternativ)	Datum för förskrivning av lenalidomid	Läkarens namn (TEXTA)	Läkarens underskrift
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup> Anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup> Anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup> Anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup> Anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup> Anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup> Anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup> Anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup> Anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup> Anledning:			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup> Anledning:			

<sup>a</sup> Fertila kvinnor måste ha gjort ett medicinskt övervakat graviditetstest med negativt resultat före förskrivningen (med minst känsligheten 25 mIU/ml) efter att ha använt preventivmedel i minst 4 veckor, graviditetstestas minst var fjärde vecka under behandlingen (även under behandlingsavbrott) samt använt preventivmedel i minst 4 veckor efter att behandlingen avslutats (förutom vid bekräftad tubarsterilisering).

Detta innefattar fertila kvinnor och som bekräftar att de är fullständigt och konstant sexuellt avhållsamma. För mer information, se produktresumén.

<sup>b</sup> Vid Nej eller inte känt, ange anledning <sup>c</sup> Vid inte gjort, ange anledning

**4. Före den första förskrivningen har patienten fått rådgivning om förväntad human teratogenicitet hos lenalidomid och vikten av att undvika graviditet**

Textat namn

Läkarens underskrift

Datum

DD/MMM/ÅÅÅÅ



Datum för beredning av text: Maj 2022/ version 01  
Godkänd av MPA, Juni 2022

För ytterligare information kontakta

Scandinavian Regulatory Services  
Svärdvägen 3B 182 33 Danderyd  
Sweden  
Tel.: +46 8 768 45 90  
E-postadress: [sunpharma@srs.se](mailto:sunpharma@srs.se)

Senaste versionen av utbildningsmaterialet hittar ni på [fass.se](http://fass.se) eller beställer det i pappersformat av Sun Pharma på [sunpharma@srs.se](mailto:sunpharma@srs.se).