

# Patientkort

## Pomalidomid Avansor (pomalidomid)

## Viktiga delar av patientkortet för Pomalidomid Avansor (pomalidomid)

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

.....

Patientens födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp:

DD/MM/ÅÅÅÅ

Läkarens namn: .....

Läkarens telefonnummer, kontorstid: .....

Läkarens telefonnummer, utanför kontorstid: .....

### Läkaren ska fylla i varje avsnitt i detta patientkort:

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 nästa besök | Datum för förskrivning av pomalidomid | Läkarens namn | Läkarens underskrift |
|--------------------------|---|---------------------------|---|-----------------------|---------------------------------------|---------------|----------------------|
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>Anledning: |                       |                                       |               |                      |
|                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>b</sup><br>Anledning: |                           | <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>c</sup><br>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. Innan förskrivning skall behandlande läkare bekräfta att patienten har fått lämplig rådgivning samt förstått det; gällande behandlingen, pomalidomids förväntade teratogena effekt, preventivmetoder och graviditetsprevention:

**Läkarens** textat namn

**Läkarens** underskrift

Datum

Misstänkta biverkningar skall rapporteras till:

Fimea: [www.fimea.fi](http://www.fimea.fi) eller Säkerhets och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea, Biverkningsregistret, PB 55, 00034 FIMEA eller

Avansor Pharma: [www.avansorpharma.fi](http://www.avansorpharma.fi) eller [safety@avansorpharma.fi](mailto:safety@avansorpharma.fi)