

Меры по предупреждению беременности
при приеме препарата Мулмилида®
(леналидомид)

Бланк начала терапии для женщин без
репродуктивного потенциала

Пациентка: пожалуйста, внимательно прочитайте и поставьте галочку в соседнее поле, если вы согласны с утверждением.

Я понимаю, что при применении леналидомида ожидается возникновение тяжелых врожденных дефектов у плода. Врач, назначающий лечение, предупредил меня, что имеется высокий риск врожденных дефектов у плода, а также смерть плода, если женщина беременна или забеременеет во время приема леналидомида	
Я понимаю, что леналидомид будет назначен ТОЛЬКО мне. Мне не следует НИКОМУ давать этот препарат.	
Я прочитала брошюру для пациентов, принимающих леналидомид, и понимаю ее содержание, включая информацию о других возможных серьезных проблемах со здоровьем (побочных эффектах), связанных с применением леналидомида.	
Я знаю, что не могу сдавать кровь в качестве донора во время приема леналидомида (в том числе во время перерывов в приеме препарата) и в течение как минимум 7 дней после прекращения лечения.	
Я понимаю, что по окончании лечения я должна вернуть все неиспользованные капсулы леналидомида в медицинское учреждение	
Я была проинформирована риске тромбоземболии и возможной необходимости проведения тромбопрофилактики во время лечения леналидомидом.	

Подтверждение пациентки

Ваши персональные данные используются исключительно для того, чтобы включить Вас в программу по предупреждению беременности во время лечения леналидомидом.

Я подтверждаю, что я понимаю и буду соблюдать требования мер по предупреждению беременности при приеме леналидомида, и я даю согласие на то, чтобы мой врач мог назначить мне лечение леналидомидом.

Подпись пациентки:		Дата:	ДД	ММ	ГГГГ
--------------------	--	-------	----	----	------

Заявление переводчика (при необходимости)

Я перевел(-а) приведенную выше информацию пациентке/родителю/лицу, осуществляющему уход, в пределах моей компетентности и таким образом, чтобы, как я полагаю, она могла ее понять. Пациентка/родитель/лицо, осуществляющее уход, соглашается соблюдать необходимые меры предосторожности, чтобы предотвратить воздействие леналидомида на плод.

Подпись:		ФИО: (печатными буквами)		Дата:	ДД	ММ	ГГГГ
----------	--	-----------------------------	--	-------	----	----	------