

ЛЕНАЛИДОМИД

Программа предупреждения
беременности

Пациенты мужского пола

Бланк начала терапии



Подтверждение врача, выписавшего рецепт

Я полностью разъяснил этому пациенту характер, цель и риски лечения леналидомидом, особенно риски для женщин, способных к деторождению. Я буду нести ответственность и соблюдать все обязательства как врач, выписавший леналидомид.

<i>Имя врача, выписавшего рецепт</i>	
<i>Фамилия врача, выписавшего рецепт</i>	
<i>Подпись врача, выписавшего рецепт</i>	
<i>Дата</i>	

**Пациент, пожалуйста, внимательно прочитайте текст.
Если вы согласны, отметьте предложение знаком X.**

Я понимаю, что прием леналидомидом может вызвать тяжелые врожденные дефекты развития. Мой врач предупредил меня, что любой плод подвержен высокому риску формирования врожденных пороков развития и может даже умереть, если женщина беременна или у нее наступает беременность во время приема леналидомидом.	
Я понимаю, что леналидомид проникает в семенную жидкость человека. Если моя партнерша может забеременеть и не использует эффективный метод контрацепции, я должен использовать презерватив в течение всего периода лечения, во время перерывов в приеме препарата и в течение не менее 7 дней после окончания лечения, даже если ранее мне была проведена вазэктомия.	
Я понимаю, что, если у моей партнерши беременность наступит в период, когда я принимаю леналидомид, либо в течение 7 дней после завершения его приема, я должен немедленно проинформировать об этом своего врача, а моя партнерша моего.	
Я понимаю, что леналидомид назначают ТОЛЬКО мне. Я не должен НИКОМУ передавать препарат.	
Я прочел «Брошюру для пациентов по применению леналидомидом» и понимаю ее содержание, включая сведения о других возможных важных проблемах со здоровьем (побочных эффектах), связанных с леналидомидом.	
Я знаю, что не должен быть донором крови во время приема леналидомидом (включая перерывы в терапии) и в течение не менее 7 дней после завершения лечения.	
Я знаю, что не должен сдавать семенную жидкость или сперму в качестве донора во время приема леналидомидом (включая перерывы в терапии) и в течение не менее 7 дней после завершения лечения.	
Я понимаю, что должен вернуть все неиспользованное количество леналидомидом своему провизору в конце курса лечения.	

Подтверждение пациента

Я подтверждаю, что понимаю и буду соблюдать все требования программы предупреждения беременности при приеме леналидомидом. Я согласен с тем, чтобы мой врач назначил мне лечение леналидомидом.

Подпись пациента	
Дата	