## Patient Card for LENALIDOMIDE SPC® (lenalidomide)



						7 - 23,	ئدويــة
Patient Initia	als:		Dat	te of Birth:			
Physician N	ame:		Ph	Physician Address:			
Physician Pl	hone number:						
Physician to	complete each section (Co	onsultants ONLY).					
1. Indicati	ion:						
Multiple Mye	eloma: 🗖 ndMM	☐ After at leas	st one prior therapy:		Line of therapy:		
Myelodyspla	astic Syndromes with isolate	ed del(5q) cytogenetic	abnormality:				
□ Low		Intermediate-1 risk		Other: <b>Specify:</b>			
2. Status	of Patient (tick one):	Male 🔲 V	Noman of non-childbe	earing potential *	□ Woman o	f childbearing po	otential **
* no Pregnar	ncy Prevention Programme (			Please also complete			
3. Counse prescrip		d human teratogenicity	y of Lenalidomide SP		oid pregnancy	has been provid	ed before first
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
зору от Рацеі	nt Card to be given to patien						
4. For Wo	man of Childbearing potent	al					
Date of visit	Patient is using one effective method of contraception (Yes/No)	Date of NEGATIVE pregnancy test (IF APPLICABLE)	Confirmed no risk of pregnancy (PLEASE TICK)	Date of Lenalidomide SPC prescription	Physician signature	Dispensed by	Dispensed date
							-

visit	effective method of contraception (Yes/No)	pregnancy test (IF APPLICABLE)	risk of pregnancy (PLEASE TICK)	Lenalidomide SPC prescription	signature	by	date

\*Women of childbearing potential must have a medically supervised negative pregnancy test prior to issuing a prescription (with a minimum sensitivity of 25 mlU/ml) once she has been established on contraception for 4 weeks, at 4 weekly intervals during therapy (this includes dose interruptions) and 4 weeks after the end of therapy (unless confirmed tubal sterilisation). This includes those women of childbearing potential who confirm absolute and continued abstinence. For further information, refer to the Summary of Product Characteristics.



## بطاقة المريض ليناليدوميد اس بي سي

الحروف الأولية للمريض:	تاريخ الولادة:	***************************************								
اسم الطبيب:	عنوان الطبيب:	••••								
رقم هاتف الطبيب:										
تعبئة الحقول بواسطة الطبيب										
١. دواعي الإستعمال:										
الورم النخاعي المتعدد 🗖 تشخيص جديد ورم نخاعي متعدد 🗖 بعد علاج واحد على الأقل العلاج الأساسي:										
تلازمة خلل التنسج النخاعي ( ازالة ذراع من الكروموسوم ٥ بتشوهات الخلايا الجذعيه المكونه للدم )										
□       متوسطة - ۱	□ اخرى 									
<ul> <li>٢. حالة المريض (ضع علامة على واحدة): □ رجل</li> <li>*لا يلزم التسجيل في برنامج منع الحمل</li> </ul> *لا يلزم التسجيل في برنامج منع الحمل	الانجاب * 🗖 امرأة قادرة على الانجاد	ءاب **								
<ul> <li>٤ ينرم النسجيل عي برنامج منع الحمل</li> <li>٣. تقديم المشورة بشأن التشوهات الخلقية المحتملة عند استخدام ليناليدوميد وتجنب الحمل قبل الوصفة الأولى</li> </ul>										
به سديم المطبيب:	التاريخ:									
ر دوفيع الطبيب: تعطى نسخة من بطاقة المريض الى المريض										
٤. للنساء القادرات على الحمل:										
تاريخ الزيارة هل المريضة تسخدم تاريخ اخر اختبار حمل تأكيد عدم وجود تاريخ وصف احدى وسائل الحمل كان سلبي خطر الحمل ليناليدوميد الفعالة (نعم / لا ) ( اذا امكن ) ( يرجى التأكيد )		تاريخ الصرف								

يجب أن يكون لدى النساء ذوات احتمالية الإنجاب إختبار حمل سلبي يخضع للإشراف الطبي قبل إصدار وصفة طبية (بحد أدنى من الحساسية يبلغ ٢٥ ميكرو وحدة / مل) بمجرد أن يتم تثبيتها على موانع الحمل لمدة ٤ أسابيع ، على ٤ فترات أسبوعية أثناء العلاج (يتضمن ذلك توقفات الجرعة ) و ٤ أسابيع بعد انتهاء العلاج (ما لم يتم تأكيد التعقيم الأنبوبي). وهذا يشمل النساء القادرات على الإنجاب . لمزيد من المعلومات ، يرجى الرجوع إلى النشرة الداخلية للدواء.