Nombre del paciente.....

Fecha de nacimiento.....

Dirección del paciente.....

Teléfono del paciente.....

Nombre del médico.....

A completar por el médico

1. Clasificación del paciente (marcar la casilla que corresponda)

☐ Mujer sin capacidad de gestación

☐ Mujer con capacidad de gestación

☐ Varón

1. Antes del inicio del tratamiento con Pomalidomida Eczane se le ha advertido al paciente sobre la teratogenicidad potencial de pomalidomida y la necesidad de evitar el embarazo.

Firma del médico **Fecha**

2. Completar el cuadro a continuación (solo en caso de mujeres con capacidad de gestación)

Fecha de prescripción	Fecha de prueba de embarazo	Riesgo de embarazo	Tratamiento anticoagulante	Firma del médico	Fecha de dispensación	Firma del farmacéutico