TARJETA DEL PACIENTE

Nombre y Apellido del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre y Apellido del médico: _____

Dirección: _____ **Número de teléfono:** _____

A completar por el médico:

1. Estado del paciente (marcar la casilla que corresponde):

- Mujer con posibilidad de quedar embarazada ☐
- Mujer sin posibilidad de quedar embarazada* ☐
- Varón ☐

2. Antes de la primera prescripción, se ha advertido al paciente de la teratogenicidad potencial de Lenalidomida y de la necesidad de evitar el embarazo.

*Indicar "no procede la prueba de embarazo" en el informe del especialista. En el caso de paciente varón conservar la tarjeta en los archivos.

3. Cumplimentar sólo en caso de mujeres con posibilidad de quedar embarazadas

Fecha de la visita (DD/MM/AAAA)	Fecha de la prueba de embarazo NEGATIVA (SI PROCEDE)	Confirmación que no hay riesgo de embarazo (MARCAR)	Fecha de prescripción de Lenalidomida (DD/MM/AAAA)	Firma del médico	Firma del farmacéutico

Al finalizar el tratamiento por favor, devuelva esta tarjeta a su médico especialista

LABORATORIO ECZANE PHARMA SA

Laprida 43, Avellaneda Provincia de Buenos Aires. Tel: (011) 4222-3494
informes@eczane.com.ar www.eczane.com.ar

Firma del médico: _____

Fecha: _____

Anexo 8 PG 1010.07 Ledane. Versión 10.0. DIV4600004