

Plan de Gestión de Riesgos (PGR)

TARJETA PARA PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
(día / mes / año)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del médico: _____

A COMPLETAR POR EL MÉDICO

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE (marcar la casilla que corresponda)

☐ MUJER SIN CAPACIDAD DE GESTACIÓN☐ MUJER CON CAPACIDAD DE GESTACIÓN☐ VARÓN**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 de especialista. En el caso de paciente varón, conservar la tarjeta en los archivos.

Firma del médico:

Fecha: ____ / ____ / ____
(día / mes / año)

COMPLETAR EL CUADRO A CONTINUACIÓN (solo en caso de mujeres con capacidad de gestación)

FECHA DE LA VISITA (día / mes / año)	FECHA DE PRUEBA DE EMBARAZO NEGATIVA (si procede) (día / mes / año)	CONFIRMACIÓN QUE NO HAY RIESGO DE EMBARAZO (marcar)	FECHA DE PRESCRIPCIÓN DE LENALIDAMIDA (día / mes / año)	FIRMA DEL MÉDICO	FIRMA DEL FARMACÉUTICO
/ /	/ /		/ /		
/ /	/ /		/ /		
/ /	/ /		/ /		
/ /	/ /		/ /		
/ /	/ /		/ /		
/ /	/ /		/ /		
/ /	/ /		/ /		
/ /	/ /		/ /		

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

CONTACTO FARMACOVIGILANCIA LABORATORIO ECZANE PHARMA S.A.

📍 Laprida 43, Avellaneda, Provincia de Buenos Aires

☎ Tel: 11 5263-9727 int 957 📞 11 3187-4801 ✉ fvg@eczane.com.ar