

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

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

FECHA DE PRESCRIPCIÓN (día / mes / año)	FECHA DE PRUEBA DE EMBARAZO (día / mes / año)	RIESGO DE EMBARAZO	TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE	FIRMA DEL MÉDICO	FECHA DE DISPENSACIÓN (día / mes / año)	FIRMA DEL FARMACÉUTICO
/ /	/ /				/ /	
/ /	/ /				/ /	
/ /	/ /				/ /	
/ /	/ /				/ /	
/ /	/ /				/ /	
/ /	/ /				/ /	
/ /	/ /				/ /	
/ /	/ /				/ /	

CONTACTO FARMACOVIGILANCIA ECZANE

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