

# Lenalidomide Mylan

## Formulär för biverkningsrapportering

Vänligen fyll i detta formulär för att rapportera en biverkning hos en patient som behandlas med Lenalidomide Mylan.

### Rapportörens uppgifter

Förnamn:	<input type="text"/>	Efternamn:	<input type="text"/>
Jobbtitel:	<input type="text"/>		
Adress:	<input type="text"/>		
Postadress:	<input type="text"/>		
Telefonnummer:	<input type="text"/>		
E-post:	<input type="text"/>		

### Patientinformation

Patientinitialer: \_\_\_\_\_

Ålder: \_\_\_\_\_ Födelsedatum: \_\_\_\_\_

Vikt: \_\_\_\_\_ Längd: \_\_\_\_\_

### Beskrivning av biverkning

Övergripande diagnos, symptom och behandling:

Startdatum: \_\_\_\_\_ Stoppdatum: \_\_\_\_\_

Alt. pågående vid tiden för rapportering : \_\_\_\_\_

**Allvarlig biverkning** (vänligen kryssa i)

Dödsfall	<input type="checkbox"/>
Livshotande	<input type="checkbox"/>
Sjukhusinläggning eller förlängd sådan	<input type="checkbox"/>
Beståendefunktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>
Medfödd missbildning	<input type="checkbox"/>
Övrig viktig medicinsk händelse	<input type="checkbox"/>
Inget av ovanstående	<input type="checkbox"/>

**Utfall av biverkning** (vänligen kryssa i)

Tillfrisknat utan men	<input type="checkbox"/>
Återställd med funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>
Ännu ej tillfrisknat	<input type="checkbox"/>
Okänt	<input type="checkbox"/>
Patienten avled (ange datum och möjlig orsak nedan)	<input type="checkbox"/>

Patienten avled (datum, möjlig orsak):

**Bifoga relevanta kliniska laboratoriebedömningar för att bekräfta händelsen. Om obduktion utfördes vänligen bifoga rapporten.**

**Medicinsk historia** (Fyll i eller bifoga kopia av journalanteckning)

Nuvarande eller tidigare medicinsk historia (inkl. nuvarande sjukdomar, allergi, rökning, alkoholmissbruk)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, vänligen specificera:	

## Misstänkt(a) läkemedel

Läkemedel, form, styrka	Batch nr. / Utg.datum	Indikation	Daglig dos		Behandlingsdatum		Orsaks-samband 1= Inte relaterat 2=Relaterat
			Dos	Dosintervall	Start datum	Stopp datum	

## Åtgärd med misstänkt läkemedel (Vänligen kryssa i)

Fortsatt behandling	<input type="checkbox"/>	Fortsatt behandling med ändrad dos eller dosregim. Vänligen specificera:	<input type="checkbox"/>
Utsättning	<input type="checkbox"/>		

Upphörde biverkningen efter utsättning Ja  Nej

Återinsattes läkemedlet Ja  Nej

Återkom biverkningen efter återinsättning Ja  Nej

## Övriga läkemedel

Läkemedel som använts de tre senaste månaderna före händelsen. Fyll i eller bifoga en kopia av journalanteckning.

Läkemedel, form, styrka	Batch nr. / Utg.datum	Indikation	Daglig dos		Behandlingsdatum		Orsaks-samband 1= Inte relaterat 2=Relaterat
			Dos	Dosintervall	Start datum	Stopp datum	

Initial rapport	<input type="checkbox"/>	Follow-up rapport	<input type="checkbox"/>	Final rapport	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	---------------	--------------------------

### Namn på person som fyllt i detta formulär

Namn: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Vänligen skicka rapporten till:

Läkemedelsverket  
Enheten för läkemedelssäkerhet  
Biverkningsgruppen  
Box 26  
751 03 Uppsala

Detta formulär är framtaget av Mylan AB (a Viatrix Company)