

# Lenalidomide Mylan

## Patientkort

Detta utbildningsmaterial innehåller viktig säkerhetsinformation om Lenalidomide Mylan (lenalidomide) och råd om riskminimering.

Detta patientkort har utvecklats av Mylan.

Det är viktigt att rapportera misstänkta biverkningar efter att läkemedlet godkänts. Det gör det möjligt att kontinuerligt övervaka läkemedlets nytta-riskförhållande. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket: [www.lakemedelsverket.se](http://www.lakemedelsverket.se)

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Du kan hjälpa till genom att rapportera de biverkningar du eventuellt får.

### Viktiga delar om produkten Lenalidomide Mylan

Patientens namn eller initialer: .....

Födelsedatum eller födelseår eller åldersgrupp (DD-MMM-ÅÅÅÅ): .....

Läkarens namn: .....

Adress: .....

Telefonnummer: .....

### Läkaren ska fylla i varje avsnitt

1. Indikation (ange i detalj enligt produktresumén): .....

2. Patientens status (kryssa i ett alternativ)

Icke fertil kvinna

Man

Fertil kvinna\*

(\*Fyll även i avsnitt 4)

3. Patienten har fått rådgivning om förväntad human teratogenicitet hos lenalidomid och vikten av att undvika graviditet före den första förskrivningen

Läkarens underskrift: .....

Datum (DD-MMM-ÅÅÅÅ): .....

4. För fertila kvinnor\*

Datum för aktuellt besök	Patienten använder en effektiv preventivmetod (kryssa i)	Datum för graviditetstest	Resultat av graviditetstest (kryssa i)	Datum för förskrivning av Lenalidomide Mylan	Läkarens underskrift
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>a</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>b</sup> Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>a</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>b</sup> Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>a</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>b</sup> Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>a</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>b</sup> Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>a</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>b</sup> Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>a</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>b</sup> Anledning:		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> Inte känt <sup>a</sup> Anledning:		<input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Osäkert <input type="checkbox"/> Inte gjort <sup>b</sup> Anledning:		

\*Fertila kvinnor måste ha gjort ett medicinskt övervakat graviditetstest med negativt resultat före förskrivningen (med minsta känsligheten 25 mIU/ml) efter att ha använt preventivmedel i minst 4 veckor, graviditetstestas minst var fjärde vecka under behandlingen (även under behandlingsavbrott) samt använt preventivmedel i minst 4 veckor efter att behandlingen avslutats (förutom vid bekräftad tubarsterilisering). Detta innefattar fertila kvinnor och som bekräftar att de är fullständigt och konstant sexuellt avhållsamma. För mer information, se bipacksedeln.

<sup>a</sup> Vid Nej eller Inte känt, ange anledning

<sup>b</sup> Vid Inte gjort, ange anledning