

Меры по предупреждению
беременности при приеме препарата
Мулмилида® (леналидомид)
Бланк начала терапии для пациентов
мужского пола

Материалы по
безопасному применению
леналидомида доступны
на нашем сайте:



Пациент: пожалуйста, внимательно прочитайте и поставьте галочку в соседнее поле, если вы согласны с утверждением.

Я понимаю, что при применении леналидомида ожидается возникновение тяжелых врожденных дефектов у плода. Врач, назначающий лечение, предупредил меня, что имеется высокий риск врожденных дефектов и летального исхода у плода, если женщина беременна или забеременеет во время приема леналидомида.	Отметить
Я понимаю, что леналидомид проникает в семенную жидкость человека. Если моя партнерша беременна или способна забеременеть и она не использует эффективные средства контрацепции, я должен использовать презервативы на протяжении всего периода моего лечения, во время перерывов в приеме препарата и не менее 7 дней после прекращения приема мной леналидомида, даже если у меня была вазэктомия.	Отметить
Я знаю, что я должен немедленно сообщить врачу, назначающему лечение, если я думаю, что моя партнерша может быть беременна, пока я принимаю леналидомид или в течение 7 дней после того, как я прекратил прием леналидомида, и моя партнерша должна быть направлена к специалисту по планированию и ведению беременности для консультации и обследования.	Отметить
Я понимаю, что леналидомид будет назначен ТОЛЬКО мне. Мне не следует НИКОМУ давать этот препарат.	Отметить
Я прочитал буклет для пациентов, принимающих леналидомид, и понимаю его содержание, включая информацию о других возможных серьезных проблемах со здоровьем (побочных эффектах), связанных с применением леналидомида.	Отметить
Я знаю, что не могу сдавать кровь в качестве донора во время приема леналидомида (в том числе во время перерывов в приеме препарата) и в течение как минимум 7 дней после прекращения лечения.	Отметить
Я знаю, что я не могу сдавать семенную жидкость или сперму в качестве донора во время приема леналидомида, во время перерыва в приеме препарата и в течение как минимум 7 дней после прекращения лечения леналидомидом.	Отметить
Меня проинформировали о том, какие эффективные методы контрацепции может использовать моя партнерша.	Отметить
Меня проинформировали о риске тромбозмболии и возможной необходимости проведения тромбопрофилактики во время лечения леналидомидом.	Отметить

Подтверждение пациента

Я подтверждаю, что я понимаю и буду соблюдать требования мер по предупреждению беременности при приеме препарата Мулмилида®, и я даю согласие на то, чтобы мой врач мог назначить мне лечение леналидомидом.

Подпись пациента:		дата:	ДД	ММ	ГГГГ
-------------------	--	-------	----	----	------

Заявление переводчика (при необходимости)

Я перевел(а) приведенную выше информацию пациенту в пределах моей компетентности и таким образом, чтобы, как я полагаю, он мог ее понять. Он соглашается соблюдать необходимые меры предосторожности, чтобы предотвратить воздействие леналидомида на плод.

Подписано:		ФИО: (печатными буквами)		дата:	ДД	ММ	ГГГГ
------------	--	--------------------------------	--	-------	----	----	------