Дані матеріали є навчальними і не є рекламою

КРКА, д.д., Ново место, Словенія

Листопад 2026

ФОРМА КАРТКИ ПАЦІЄНТА, ЯКОМУ ПРИЗНАЧЕНО ЛІКУВАННЯ ЛІКАРСЬКИМ ЗАСОБОМ ПОМАЛІДОМІД КРКА

ПІБ пацієнта:

Дата народження / вік:

ПІБ лікаря (друкованими літерами):

Номер телефону лікаря:

Лікар повинен заповнити кожен розділ.

1. Показання, за яким призначено лікарський засіб (відповідно до ІМЗ):

2. Статус пацієнта (позначте одне)

□ Чоловік

□ Жінка без репродуктивного потенціалу

□ Жінка з репродуктивним потенціалом (див. також розділ 4)

3. Пацієнта / пацієнтку консультували щодо очікуваної тератогенності помалідоміду та необхідності запобігати вагітності перед першим призначенням лікарського засобу.

Дата / підпис лікаря

(ДД.ММ.РРРР)

4. Для жінки з репродуктивним потенціалом

Дата поточного візиту	Пацієнтка використовує принаймні один ефективний метод контрацепції (позначте одне)	Дата проведення тесту на вагітність	Результат тесту на вагітність (позначте одне)	Дата наступного візиту	Дата призначення помалідоміду	Прізвище або ініціали лікаря (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)	Підпис лікаря
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				

Дата поточного візиту	Пацієнтка використовує принаймні один ефективний метод контрацепції (позначте одне)	Дата проведення тесту на вагітність	Результат тесту на вагітність (позначте одне)	Дата наступного візиту	Дата призначення помалідоміду	Прізвище або ініціали лікаря (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)	Підпис лікаря
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				
	□ Так □ Ні, вкажіть причину: _____ □ Невідомо. Вкажіть причину:		□ Позитивний □ Негативний □ Неоднозначний □ Не зроблено. Вкажіть причину:				

[+]Жінки з репродуктивним потенціалом повинні отримати негативний результат тесту на вагітність, проведеного під наглядом лікаря, до призначення лікарського засобу (з мінімальною чутливістю 25 мМО/мл) після застосування контрацепції протягом принаймні 4 тижнів, а після цього принаймні кожні 4 тижні під час лікування (зокрема під час перерв у лікуванні) та принаймні через 4 тижні після завершення лікування (за винятком випадків, коли підтверджено стерилізацію шляхом трубної оклюзії). Це стосується жінок з репродуктивним потенціалом, які підтверджують повне та тривале утримання від статевих контактів. Додаткова інформація міститься в ІМЗ.