

FORMULAR DE CONȘTIENTIZARE A RISCURILOR PENTRU PACIENȚII DE SEX MASCULIN

Acest *Formular de conștientizare a riscurilor* al pacientului pentru administrarea de lenalidomidă trebuie completat de pacient împreună cu medicul prescriptor.

Prin completarea și semnarea *Formularului*, medicul prescriptor confirmă că a informat pacientul cu privire la riscurile utilizării lenalidomidei, că pacientul le-a înțeles și că a detaliat pacientului procedurile de implementat.

Prin completarea și semnarea *Formularului*, pacientul confirmă că este informat cu privire la riscurile utilizării lenalidomidei, că înțelege riscurile și că i s-a detaliat procedura.

Scopul Formularului de conștientizare a riscurilor pentru pacienții de sex masculin este de a proteja pacienții și orice posibil fetus, asigurându-se că pacienții sunt pe deplin informați și înțeleg riscul de teratogenitate și alte reacții adverse asociate cu utilizarea lenalidomidei. Este obligatoriu ca pacienții de sex masculin să primească consiliere și instruire pentru a fi conștienți de riscurile lenalidomidei.

O copie a formularului trebuie oferită pacientului, iar o copie se va păstra în dosarul medical al pacientului.

Se completează CU MAJUSCULE.

Se completează de către toți pacienții

- Medicul mi-a explicat și am înțeles posibilele riscuri și beneficii asociate utilizării lenalidomidei. Am avut ocazia să adresez întrebări și am înțeles răspunsurile la acele întrebări.
- Am primit, am citit și am înțeles „Ghidul pacientului de sex masculin pentru utilizarea lenalidomidei”.
- Am înțeles că lenalidomida mi-a fost prescrisă personal și că nu trebuie să dau medicamentul altor persoane, chiar dacă persoanele respective suferă de aceeași boală ca mine. Nu voi lăsa acest medicament la vederea și îndemâna copiilor.
- Voi returna ambalajul vizibil deteriorat împreună cu medicamentul nefolosit în cadrul spitalelor publice sau private, conform programului stabilit și afișat de unitățile respective, pentru eliminarea acestora în siguranță cât mai curând posibil.
- Nu voi dona sânge în timpul tratamentului și timp de cel puțin 7 zile după întreruperea tratamentului.

- Înțeleg necesitatea evitării expunerii fătului la lenalidomidă, din cauza teratogenității medicamentului.
- Înțeleg că lenalidomida este dăunătoare fătului.
- Sunt de acord să folosesc prezervativ (chiar dacă am efectuat o vasectomie) în timpul tratamentului, pe timpul întreruperii tratamentului și cel puțin 7 zile de la întreruperea tratamentului dacă partenera mea este gravidă sau are potențial de fertil și nu utilizează metode de contracepție eficiente.
- Dacă partenera mea rămâne gravidă în timp ce eu sunt sub tratament cu lenalidomidă, o voi sfătui să se adreseze imediat medicului.

- Cunosc faptul că nu trebuie să donez spermă în timpul tratamentului cu lenalidomidă, în timpul întreruperii tratamentului și minim 7 zile după întreruperea tratamentului cu lenalidomidă.

Locul

Data

Nume, prenume, semnătura pacientului

Se completează de către medicul prescriptor

- Confirm că i-am explicat pacientului beneficiile și riscurile posibile ale tratamentului.

Locul

Data

Nume, prenume, semnătura medicului