

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente	
Fecha de nacimiento	
Nombre del médico	
Dirección	
Número de teléfono	

A completar por el medico

1.- Estado del paciente (marcar la casilla que corresponda)

Mujer sin posibilidad de quedar embarazada	
Varón	
Mujer con posibilidad de quedar embarazada	

2.- Antes de la primera prescripción, se ha advertido al paciente de la teratogenicidad potencial de lenalidomida y la necesidad de evitar el embarazo.

Firma del médico: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

3.- Cumplimentar solo en caso de mujeres con posibilidad de quedar embarazada

Fecha de la visita	Fecha de la prueba negativa (SI PROCEDE)	Confirmado o que no hay riesgo de embarazo (MARCAR)	Fecha de prescripción de Lenalidomida	SI / NO Dexametasona	Con Desaxametasona (EFECTOS ADVERSOS)	Firma del medico	Firma del paciente

Al final del tratamiento, por favor, devuelva esta tarjeta a su medico especialista