

**(2) טופס רישום עבור בית מרקחת**  
**ל- (lenalidomide) Revlimid®**  
**ל- Thalidomide Celgene® (Thalidomide)**  
**ול- Imnovid (Pomalidomide)**

**ימולא על ידי הרוקח האחראי של בית המרקחת.**

שם בית המרקחת / המוסד: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

שם הרוקח האחראי: \_\_\_\_\_

מספר הרישיון של הרוקח: \_\_\_\_\_

מס' טלפון ליצירת קשר: \_\_\_\_\_

כתובת דוא"ל: \_\_\_\_\_

מס' פקס: \_\_\_\_\_

**הצהרת בית המרקחת:**

בשם ..... [שם בית המרקחת], אני מסכים ליישם, בעת הטיפול במרשמים עבור רבלימיד (לנלידומיד), תלידומיד סלג'ן או אימנוביד את הנהלים להלן, המיועדים למזעור הסיכונים שפורטו על ידי ניאופרם בערכת המידע בנושא רבלימיד/תלידומיד סלג'ן/אימנוביד לאנשי מקצוע, וזאת בהתאם לרישיון כל תכשיר. על מנת להסיר ספק, האחריות על ביצוע בדיקת ההריון ותוצאתה היא של הרופא המטפל מול חברת ניאופרם.

	אני מאשר להלן את הבאים:
1	רבלימיד/תלידומיד סלג'ן/אימנוביד ינופק, ייבדק, ויאוחסן על פי העלון לרופא שאושר על ידי משרד הבריאות הישראלי.
2	יש לקבל אישור מניאופרם עבור כל מרשם לרבלימיד/תלידומיד סלג'ן/אימנוביד.
3	כל הרוקחים המנפקים רבלימיד/תלידומיד סלג'ן/אימנוביד* קראו והבינו את ערכת המידע בנושא רבלימיד/תלידומיד סלג'ן/אימנוביד* לאנשי מקצוע בתחום הרפואה.
4	הכמות המרבית המופיעה במרשם אינה מיועדת לתקופת שימוש העולה על 28 יום.
5	עמידה בנהלים אלו תיבדק על ידי ניאופרם על מנת לאפשר עמידה בחובת הדיווח לרשויות הרגולטוריות על היעילות הכללית של התוכנית.
6	קראתי והבנתי את המידע שבערכת המידע בנושא רבלימיד/תלידומיד סלג'ן/אימנוביד לאנשי מקצוע בתחום הרפואה.
7	ניתנת בזאת הסכמתי, להכללת פרטיי האישיים המפורטים בטופס זה במאגר מידע המנוהל על ידי חברת ניאופרם בהתאם לחוק הגנת הפרטיות.

הבנתי שהרישום לקבלת רבלימיד/תלידומיד סלג'ן/אימנוביד ואספקתו יאושר רק אם אסכים ליישם את כל הצעדים שתוארו. הרישום תקף למשך שנתיים, ואחרי תקופה זו אאשר שאנו ממשיכים לפעול על פי התהליכים למזעור הסיכון (התוכנית למניעת הריון).

**חתימה:** \_\_\_\_\_ **תאריך:** \_\_\_\_\_

**נא לשלוח את הטופס החתום לניאופרם (לפקס מס': 03-9264237)**  
**לאחר קבלת הטופס הזה, יישלח אליך בפקס אישור על רישומך בפרויקט ניהול הסיכונים (RMP/PPP).**