

8.א) כרטיס מטופל/ת – תכנית ניהול סיכונים

פרטי המטופל/ת

ראשי תיבות המטופל/ת: _____ מס' תעודת זהות: _____
 שנת לידה: _____ חברות בקופת חולים: _____

<input type="checkbox"/> תלידומיד סלג'ן	<input type="checkbox"/> אימנוביד	<input type="checkbox"/> רבלימיד
<input type="checkbox"/> מיאלומה נפוצה (Multiple Myeloma)	<input type="checkbox"/> מיאלומה נפוצה (Multiple Myeloma)	<input type="checkbox"/> מיאלומה נפוצה (Multiple Myeloma) בקו טיפול (סמן את המתאים): <input type="checkbox"/> קו ראשון למטופל שאינו מועמד להשתלה <input type="checkbox"/> קו ראשון למטופל שמועמד להשתלה <input type="checkbox"/> maintenance <input type="checkbox"/> קו שני או יותר
<input type="checkbox"/> אחר:	<input type="checkbox"/> אחר:	<input type="checkbox"/> תסמונת מיאלודיספלסטית (MDS) <input type="checkbox"/> מאנטל סל לימפומה (MCL) <input type="checkbox"/> אחר:

פרטי רושם המרשם:

שם רושם המרשם: _____
 שם המוסד הרפואי: _____
 מס' טלפון ליצירת קשר עם רושם המרשם: _____

מעמד החולה (נא לסמן אחד)	
תאריך תוצאת בדיקת הריון שלילית אחרונה:	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

הצהרת הרופא המטפל:

הסברתי למטופל/ת את תהליך מתן המרשם **וסיפקתי** חוברת מידע למטופל/ת בנושא רבלימיד / תלידומיד / אימנוביד. המטופל/ת קיבל ייעוץ לגבי טרטוגניות התרופה, הצורך להימנע מהיריון ואמצעי הזהירות הנדרשים כדי למנוע חשיפה של העובר לתרופה. שוחחתי גם על נושאים הבאים:
 - מה סביר שהטיפול יכלול
 - היתרונות והחסרונות של טיפולים חלופיים זמינים (לרבות היעדר טיפול)
 - חששות מיוחדים של המטופל/ת

מספר רישיון	תאריך	חתימה וחותמת רושם המרשם

הצהרת המטופל/ת

אני מאשר/ת בזאת **שקיבלתי** את כל המידע מהרופא, הבנתי אותו ו**קיבלתי** את חוברת המידע למטופל. אני מסכים/ה לצייט לאמצעי הזהירות הנדרשים כדי למנוע חשיפה של עובר לתרופה שניתנה לי, וכל זאת בהתאם לדרישות תוכנית ניהול הסיכונים של התכשיר והוראות משרד הבריאות. ניתנת בזאת הסכמתי, להכללת פרטיי האישיים המפורטים בטופס זה במאגר מידע המנוהל על ידי חברת ניאופרם בהתאם לחוק הגנת הפרטיות.

תאריך	ראשי תיבות המטופל (בדפוס)	חתימת המטופל

(ב.8) כרטיס מטופל/ת (המשך)

הצהרת הורה/ אפוטרופוס של מטופל/ת

אני מאשר/ת בזאת שקיבלתי את כל המידע לגבי טרטוגניות התרופה, הצורך להימנע מהיריון ואמצעי הזהירות הנדרשים כדי למנוע חשיפה של העובר לתרופה מהרופא וקיבלתי את חוברת המידע למטופל.

למטופלות מתחת לגיל 18 - אני מאשר/ת כי בת חסותי אינה הרה כעת ו/או היא אינה יכולה להרות משום שעדיין לא החלה לקבל וסת.

אני מסכים/ה לציית לאמצעי הזהירות הנדרשים כדי למנוע חשיפה של עובר לתרופה שניתנה לבן/בת חסותי, וכל זאת בהתאם לדרישות תוכנית ניהול הסיכונים של התכשיר והוראות משרד הבריאות.

ניתנת בזאת הסכמתי, להכללת פרטיי האישיים המפורטים בטופס זה במאגר מידע המנוהל על ידי חברת ניאופרם בהתאם לחוק הגנת הפרטיות.

חתימה: _____ תאריך: _____

שם (באותיות דפוס): _____