

**טופס הסכמה והכללת מטופל/ת לתכנית ניהול סיכונים לתכשירים ממשפחת האימידים
(Thalidomide ,Lenalidomide ,Pomalidomide)***

ראשי תיבות המטופל/ת: _____

מספר ת.ז. או מספר מזהה חוקית: _____

מין: זכר נקבה

תאריך לידה: _____

קופת חולים: _____

פרטי הרופא הרושם את המטופל/ת לתכנית ניהול הסיכונים של תכשירי האימידים

שם הרופא הרושם: _____

מספר רישיון: _____

המוסד הרפואי: _____

פרטי יצירת קשר של הרופא הרושם

טלפון: _____

אי-מייל: _____

מאפייני המטופל/ת (נא לסמן V במקום המתאים):

מטופלת המוגדרת פורייה

מטופלת שאינה מוגדרת פורייה

מטופל

נדרשת חתימת אפוטרופוס (עבור מטופל/ת מתחת לגיל 18 או במקרה אחר, במידת הצורך)

אנא סמן V לאישור:

לפני מתן המרשם הראשון, התקיים ייעוץ לגבי הטרטוגניות בבני אדם כתוצאה מהשימוש

בתכשירים אלה והצורך להימנע מהריון

חוברת המידע הרלוונטית למטופלים הועברה למטופל/ת כנדרש

תאריך בדיקת הריון שלילית אחרונה (במטופלת פורייה) לפני תחילת הטיפול: _____

_____ **מספר רישיון**

_____ **חתימת הרופא הרושם+ חותמת**

