

אנא השתמשי בטבלה זו כדי לעקוב אחר תוצאות בדיקות ההיריון החודשיות שיבוצעו בידי הרופא המטפל. כדי להזמין פומלדומיד/לנלידומיד אס. קיי. בבית המרקחת, יש לספק עותק של טופס זה או של כל תיעוד רשמי אחר של בדיקת ההיריון. לתשומת לבך, את התרופה ניתן לספק על פי מרשם רק עד 7 ימים ממועד מתן המרשם.

תאריך הבדיקה	תוצאות	חתימה וחותמת הרופא
/ /	<input type="checkbox"/> חיובי <input type="checkbox"/> שלילי	
/ /	<input type="checkbox"/> חיובי <input type="checkbox"/> שלילי	
/ /	<input type="checkbox"/> חיובי <input type="checkbox"/> שלילי	
/ /	<input type="checkbox"/> חיובי <input type="checkbox"/> שלילי	
/ /	<input type="checkbox"/> חיובי <input type="checkbox"/> שלילי	
/ /	<input type="checkbox"/> חיובי <input type="checkbox"/> שלילי	
/ /	<input type="checkbox"/> חיובי <input type="checkbox"/> שלילי	

אנא שלח טופס חתום זה לחברת קיי. אס קים אינטרנשיונל בע"מ.

עבור פומלדומיד: pomalidomide@sk-pharma.com

עבור לנלידומיד: pomalidomide@sk-pharma.com

KS_POMA_RMP_PT_HE_08_2024_V2.0

אס. קיי.

אם את אישה שיכולה להרות עלייך לעבור בדיקת ההיריון, בפיקוח הרופא שלך, כדי לוודא שאינך בהיריון.

כל מרשם של פומלדומיד/לנלידומיד אס. קיי. יסופק רק לצד אימות של הרופא שלך שאת אינך הרה על גבי טופס זה (או באמצעות תיעוד רשמי אחר של בדיקת ההיריון). זאת על מנת לוודא ששום עובר לא נחשף לפומלדומיד/לנלידומיד אס. קיי.

ראשי תיבות של שם המטופלת: שם הרופא

מספר רישיון

מספר זיהוי:

מספר טלפון ודוא"ל