Lenalidomide Teva®

רישום רופא לתכנית מזעור סיכונים של לנלידומיד טבע®
טופס פרטי הרופא המטפל / רושם

שם הרופא:

שם פרטי _____ שם משפחה _____

מספר רישיון: _____

שם המוסד הרפואי: _____

כתובת: _____

מספר טלפון ליצירת קשר עם הרופא הרושם: _____

אי-מייל: _____

אני מאשר/ת בזאת כי קיבלתי את כל חומרי העזר עם המידע הבטיחותי לגבי לנלידומיד טבע לצוות הרפואי וכן את חוברת המידע למטופל/ת.

אני מסכים/ה לנהוג על פי תכנית ניהול הסיכונים כדי למנוע חשיפה של עובר לתרופה לנלידומיד טבע, וכל זאת בהתאם לדרישות משרד הבריאות.

ניתנת בזאת הסכמתי להכללת פרטי האישיים המפורטים בטופס זה במאגר מידע המנוהל על ידי חברת טבע בהתאם לחוק הגנת הפרטיות.

קראתי את המסמך הנמצא בחוברת לנלידומיד טבע "מידע לרופאים, צוות המטפל, מטופלים ולרוקחים על השימוש במידע האישי – תוכנית ניהול סיכונים בקשר לנטילת תרופת הלנלידומיד" והנני מסכים/ה לאמור בו.

שם + שם משפחה _____ חתימה + חותמת _____ תאריך _____

Ver.3 Oct-2021

יש לשלוח את הטופס החתום לחברת טבע:
דואר אלקטרוני - Lenalidomide.Teva@teva.co.il פקס - 03-9267824