Lenalidomide Teva®

רישום מטופל/ת לתכנית מזעור סיכונים של לנלידומיד טבע®- טופס פרטי המטופל/ת

ראשי תיבות של שם המטופל/ת:

_____ _____

אות ראשונה של השם הפרטי אות ראשונה של שם המשפחה

מספר ת.ז או מספר מזהה/קוד: _____

מין: זכר/ נקבה (הקף בעיגול)

תאריך לידה: _____

חברות בקופת חולים: _____

התוויה: _____

פרטי הרופא הרושם את המטופל/ת לתכנית מזעור הסיכונים של לנלידומיד טבע:

שם הרופא הרושם: _____

שם המוסד הרפואי: _____

כתובת: _____

מספר טלפון ליצירת קשר עם הרופא הרושם: _____

אי-מייל: _____

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

- ☐ אישה פורייה
- ☐ אישה שאינה פורייה
- ☐ מטופלת תחת גיל 18 שאינה פורייה
- ☐ מטופלת תחת גיל 18 פורייה
- ☐ גבר

יש לסמן V על פי צורך (לתשומת לבכם: חובה לכל המטופלים תחת גיל 18 . מטופלים מעל גיל -18 במידת הצורך):

- ☐ נדרשת חתימת אפוטרופוס

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

אני מאשר/ת בזאת כי לפני מתן המרשם הראשון, התקיים ייעוץ לגבי הטרטוגניות בבני אדם כתוצאה מהשימוש בתרופה והצורך להימנע מהיריון.

תאריך בדיקת היריון שלילית אחרונה לפני תחילת הטיפול: _____

חתימת הרופא הרושם+חותמת: _____ מספר רישיון: _____

הצהרה המטופל/ת (אנא סמן/י V בריבוע לאישור):

אני מאשר/ת בזאת כי קיבלתי את כל המידע הבטיחותי לגבי לנלידומיד טבע מהרופא וקיבלתי את חוברת המידע למטופל/ת.

אני מסכים/ה לנקוט את כל אמצעי הזהירות הנדרשים 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/ ראשי תיבות בדפוס	חתימה	תאריך

הצהרת הורה/ אפוטרופוס של המטופל/ת:

*לתשומת לבך, יש לשלוח לטבע צילום טופס מינוי אפוטרופוס או, במידה שמדובר על מטופל/ת קטין, תעודת זהות של ההורה עם ספח. לא ניתן להצטרף לתוכנית ללא מסמך אפוטרופסות מתאים.

למטופלות בנות חסות - אני מאשר/ת כי בת חסותי אינה הרה כעת.

אני מאשר/ת בזאת כי קיבלנו את כל המידע הבטיחותי לגבי לנלידומיד טבע מהרופא וקיבלנו את חוברת המידע למטופל/ת.

אני מסכים/ה לנקוט את כל אמצעי הזהירות הנדרשים כדי למנוע חשיפה של עובר לתרופה לנלידומיד טבע שניתנה לבן/בת חסותי, וכל זאת בהתאם לדרישות משרד הבריאות.

ניתנת בזאת הסכמתי להכללת פרטינו 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/ ראשי תיבות בדפוס	חתימה	תאריך

Ver.3 Oct-2021

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