

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-מיייל: _____

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 אפטרופוס

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

תאריך בדיקת היריון שנילית אחרונה לפני תחילת הטיפול: _____

חתימת הרופא הרושם+חותמת: _____ מספר רישיון: _____

Декларация пациента/ки:

Настоящим подтверждаю, что я получил/а у врача всю информацию о безопасности Леналидомида Тева, а также получил/а информационную брошюру для пациента/ки.

Я согласен/на предпринять все необходимые меры предосторожности, чтобы предотвратить контакт плода с препаратом Леналидомид Тева, согласно требованиям Министерства здравоохранения.

Настоящим я даю свое согласие на включение моих личных данных, указанных в настоящем бланке, в банк данных, которым управляет компания «Тева», согласно Закону о защите частной жизни.

Я прочел/ла документ «Информация для врачей, лечащего персонала, пациентов и фармацевтов относительно использования личных данных в программе управления рисками в связи с приемом препарата Леналидомид», содержащийся в брошюре Леналидомида Тева, и я согласен/на со сказанным в нем.

_____	_____	_____
Инициалы печатным буквами	Подпись	Дата

Декларация родителя / попечителя пациента/ки:

*Обратите внимание: следует выслать в компанию «Тева» копию бланка назначения попечителя или, если речь идет о несовершеннолетнем/ей пациенте/ке, копию удостоверения личности (теудат зеут) родителя с вкладышем. Не представляется возможности записаться в программу без соответствующего документа о попечительстве.

Для пациенток, находящихся на попечении - я подтверждаю, что моя подопечная, в настоящее время не беременна.

Настоящим подтверждаю, что я получил/а у врача всю информацию в области безопасности относительно Леналидомида Тева, а также получил/а информационную брошюру для пациента/ки.

Я согласен/на предпринять все необходимые меры предосторожности, чтобы предотвратить контакт плода с препаратом Леналидомид Тева, который назначен моему подопечному/моей подопечной, согласно требованиям Министерства здравоохранения.

Настоящим я даю свое согласие на включение наших личных данных, указанных в настоящем бланке, в банк данных, которым управляет компания «Тева», согласно Закону о защите частной жизни.

Я прочел/ла документ «Информация для врачей, лечащего персонала, пациентов и фармацевтов относительно использования личных данных в программе управления рисками в связи с приемом препарата Леналидомид», содержащийся в брошюре Леналидомида Тева, и я согласен/на со сказанным в нем.

_____	_____	_____
Инициалы печатным буквами	Подпись	Дата