

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 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 שלילית אחרונה לפני תחילת הטיפול: _____

חתימת הרופא הרושם+חותמת: _____ מספר רישיון: _____

Patient declaration:

I hereby certify that I have received all the safety information regarding Lenalidomide Teva from the doctor and received the Patient Information brochure.

I agree to take all the precautions required to prevent fetal exposure to Lenalidomide Teva in accordance with the requirements of the Ministry of Health.

My consent is hereby provided for inclusion of my personal details specified in this form in the database managed by Teva in compliance with the Israel Privacy Protection Law.

I have read the document, which is found in Teva's brochure on Lenalidomide "Information for physicians, the treatment staff, patients and pharmacists about the use of personal information - risk management program relating to the administration of the drug Lenalidomide" and I agree to that stated therein.

Printed name / initials

Signature

Date

Declaration of patient's parent/ legal guardian:

*For your attention, you should send Teva a copy of the legal guardian appointment or, if the patient is a minor, parent's ID with the addendum. It is impossible to join the program without an appropriate legal guardianship document.

For female ward patients - I certify that my ward is not pregnant now.

I hereby certify that we have received all the safety information regarding Lenalidomide Teva from the doctor and received the Patient Information brochure.

I agree to take all the precautions required to prevent fetal exposure to Lenalidomide Teva administered to my ward, in accordance with the requirements of the Ministry of Health.

My consent is hereby provided for inclusion of our personal details specified in this form in the database managed by Teva in compliance with the Israel Privacy Protection Law.

I have read the document, which is found in Teva's brochure on Lenalidomide "Information for physicians, the treatment staff, patients and pharmacists about the use of personal information - risk management program relating to the administration of the drug Lenalidomide" and I agree to that stated therein.

Printed name / initials

Signature

Date