

Immunomodulatory imide Drugs (IMiDs) by Teva (Lenalidomide Teva®/ Pomalidomide Teva®)

טופס תוצאות בדיקות היריון חודשיות

טופס תוצאות בדיקות היריון חודשיות

אנא השתמשי בטבלה זו למעקב אחר תוצאות בדיקות ההיריון החודשיות על ידי הרופא המטפל. להזמנת התכשיר בבית המרקחת יש לספק עותק של טופס זה או כל תיעוד רשמי אחר של בדיקת ההיריון.

استمارة نتائج فحوصات الحمل الشهرية

يرجى استخدام هذا الجدول لمتابعة فحوصات الحمل الشهرية من قبل الطبيب المُعالج. لطلب مستحضر من الصيدلية، يجب تزويد نسخة من هذه الاستمارة أو أي توثيق رسمي آخر يتعلق بفحص الحمل.

Results of monthly pregnancy tests

Please use this table to track the results of monthly pregnancy tests performed by the treating physician. To order Lenalidomide Teva or Pomalidomide Teva in the pharmacy a copy of this form or any official documentation of the pregnancy test should be provided.

ראשי תיבות של שם המטופלת / اختصار اسم المتعالجة / Patient's initials:

אות ראשונה של שם המשפחה
الحرف الأول من اسم العائلة
Last name initial

אות ראשונה של השם הפרטי
الحرف الأول من الاسم الشخصي
First name initial

מספר ת.ז. או מספר מזהה/קוד / رقم الهوية أو رقم تشخيص/رمز / ID No. or identifying number/code:

שם הרופא/اسم الطبيب/Physician's name:

מספר רישיון/رقم الرخصة/License number:

טלפון/هاتف/Telephone:

Immunomodulatory imide Drugs (IMiDs) by Teva (Lenalidomide Teva®/ Pomalidomide Teva®)

טופס תוצאות בדיקות היריון חודשיות

חתימה + חותמת הרופא توقيع الطبيب Physician's signature	תוצאת בדיקת היריון نتيجة فحص الحمل Pregnancy test result
	☐ חיובית / إيجابية / Positive ☐ שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____
	☐ חיובית / إيجابية / Positive ☐ שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____
	☐ חיובית / إيجابية / Positive ☐ שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____
	☐ חיובית / إيجابية / Positive ☐ שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____
	☐ חיובית / إيجابية / Positive ☐ שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____
	☐ חיובית / إيجابية / Positive ☐ שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____
	☐ חיובית / إيجابية / Positive ☐ שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____