

תכנית ניהול סיכונים לתכשירים ממשפחת האימידים*

טופס רישום הרופא המטפל

Thalidomide

Lenalidomide

Pomalidomide

פרטי הרופא:

שם פרטי _____ שם משפחה: _____

מספר רישיון: _____ מומחיות: _____

שם המוסד הרפואי: _____

כתובת: _____

פרטי יצירת קשר עם הרופא הרושם:

מספר טלפון _____

אי-מייל: _____

אני מאשר בזאת כי אני מודע לכך שלתכשירי אימידים ישנה תכנית מזעור סיכונים לניפוק מבוקר הכוללת חומרי עזר עם מידע בטיחותי לצוות הרפואי וכן את חוברת מידע למטופל/ת. קראתי את חומרי העזר באתר משרד הבריאות ו/או את החוברות שסופקו לי על ידי בעלי הרישום.

אני מסכים/ה לנהוג על פי תכנית ניהול הסיכונים כדי למנוע חשיפה של עובר לתכשירים אלו וכל זאת בהתאם לדרישות משרד הבריאות.

הריני מתחייב לדווח על כל מקרה של הריון של מטופליי בזמן הטיפול או זמן קצר לאחר הטיפול באימידים השונים בהתאם לעלון לרופא המאושר בישראל. הדיווח ישלח למשרד הבריאות או לבעלת הרישום הרלוונטית בדרכי הדיווח המקובלות.

ניתנת בזאת הסכמתי להכללת פרטי האישיים המפורטים בטופס זה במאגר מידע המנוהל על ידי בעלי הרישום הרלוונטיים, בהתאם לחוק הגנת הפרטיות.

יש למלא טופס זה ולהעבירו לחברת לבעלת הרישום הרלוונטית לצורך הכללתי ברשימת הרופאים המורשים לרישום מרשמים לתכשירים ממשפחת האימידים. פרטי הקשר של בעלי הרישום נמצאים בחומרי העזר של התכשיר הרלוונטי.

שם + שם משפחה: _____

חתימה וחותמת: _____

תאריך: _____

* אימידיים (IMiDs) Immunomodulatory imide drugs. הטופס תקף עבור כל תכשיר מסחרי המכיל

את אחד מהחומרים הפעילים המוזכרים בו. מידע אודות התכשירים ממשפחת האימידיים וכן בעלי

הרישום הרלוונטיים ניתן למצוא במאגר התכשירים בכתובת

<https://israeldrugs.health.gov.il/#!/byDrug>

טופס זה ותוכנו אושר על ידי משרד הבריאות בתאריך 10/2024