

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 היריון החודשיות על ידי הרופא המטפל. להזמנת התכשיר בבית המרקחת יש לספק עותק של טופס זה או כל תיעוד רשמי אחר של בדיקת היריון.

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
	<input type="checkbox"/> חיובית / إيجابية / Positive <input type="checkbox"/> שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____
	<input type="checkbox"/> חיובית / إيجابية / Positive <input type="checkbox"/> שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____
	<input type="checkbox"/> חיובית / إيجابية / Positive <input type="checkbox"/> שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____
	<input type="checkbox"/> חיובית / إيجابية / Positive <input type="checkbox"/> שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____
	<input type="checkbox"/> חיובית / إيجابية / Positive <input type="checkbox"/> שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____
	<input type="checkbox"/> חיובית / إيجابية / Positive <input type="checkbox"/> שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____
	<input type="checkbox"/> חיובית / إيجابية / Positive <input type="checkbox"/> שלילית / سلبية / Negative תאריך ביצוע הבדיקה / تاريخ إجراء الفحص / Date of testing: _____