Lenalidomide Teva®

לנלידומיד טבע® - טופס תוצאות בדיקות היריון חודשיות

Lenalidomide Teva - 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.
לתשומת ליבך, ניתן לנפק את המרשם עד 7 ימים מתאריך בדיקת ההיריון השלילית.

Lenalidomide Teva - استمارة نتائج فحوصات حمل شهرية

استعملي رجاءً هذا الجدول لمتابعة فحوصات الحمل الشهرية من قِبل الطبيب المُعالج.
لطلب المستحضر من الصيدلية يجب تزويد نسخة من هذه الاستمارَة أو كل توثيق رسمي آخر بخصوص فحص الحمل.
انتبهي، يمكن صرف الوصفة الطبيّة حتى 7 أيام من تاريخ فحص الحمل السلبي.

Lenalidomide Teva – Results of monthly pregnancy tests

Please use this table to track the results of monthly pregnancy tests performed by the treating doctor.
To order Lenalidomide Teva in the pharmacy a copy of this form or any official documentation of the pregnancy test should be provided. For your attention, the medication can be supplied according to the prescription only up to 7 days from the date of the negative pregnancy test.

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

אות ראשונה של השם הפרטי **الحرف الأول من الاسم الشخصي** **First name initial**	**אות ראשונה של שם המשפחה** **الحرف الأول من اسم العائلة** **Last 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/Doctor's name: _____

מספר רישיון/رقم الرخصة/License number: _____

טלפון/هاتف/Telephone: _____

Ver.2 Jan-2021

יש לשלוח את הטופס החתום לחברת טבע:
דואר אלקטרוני - Lenalidomide.Teva@teva.co.il פקס - 03-9267824

Lenalidomide Teva®

לנלידומיד טבע® - טופס תוצאות בדיקות היריון חודשיות

חתימה + חותמת הרופא توقيع الطبيب Doctor'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: _____

Ver.2 Jan-2021

יש לשלוח את הטופס החתום לחברת טבע:
דואר אלקטרוני - Lenalidomide.Teva@teva.co.il פקס - 03-9267824