

טופס הרשמה לרופאים

- 1) אני מאשר כי יש בידי את כל חבילות המידע הקשורות לתוכנית ניהול הסיכונים של לנלידומיד אס. קיי. הכוללות:
- ✓ חוברת מידע לאיש צוות רפואי (Booklet Healthcare Professional's Information),
 - ✓ חוברת מידע למטופל,
 - ✓ טופס הרשמה לרופאים,
 - ✓ טופס הרשמה לרוקח אחראי/לבית המרקחת,
 - ✓ טופס הרשמה למטופלים,
 - ✓ טופס בדיקת הריון חודשית,
 - ✓ דיווח על הריון.
- 2) קיבלתי את חוברת המידע לאיש צוות רפואי (Booklet Healthcare Professional's Information), ואני מבין את תוכנה במלואו.
- 3) קראתי והבנתי את העקרונות של תוכנית ניהול הסיכונים של לנלידומיד אס. קיי. ואשאף למנוע סיכון סרטוגני על פי דרישות משרד הבריאות.
- 4) אספק למטופל/ת את "חוברת המידע למטופל", אסביר את התוכנית ואוודא שהוא/היא מבינה את תוכנה ואת האחריות שלו/ה.
- 5) קראתי את "שמירת מידע אישי" הקשור למתן התרופה לנלידומיד אס. קיי. אני מסכים שמידע אישי, כפי שהוא מוגדר בטופס זה, יישמר במאגר נתונים המנוהל על ידי בעל הרישום, חברת קיי. אס. קים אינטרנשיונל בע"מ, בהתאם לחוק הגנת הפרטיות.
- 6) אשלח לחברת קיי. אס. קים אינטרנשיונל בע"מ את ההצהרה וטופסי ההרשמה החתומים, המיועדים לרופא ולמטופל.

שם: _____

מספר רישיון: _____

שם המוסד הרפואי והעיר: _____

כתובת דוא"ל: _____

מספר טלפון של איש הקשר: _____

תאריך: _____

חתימה וחותמת: _____

(שנה/חודש/יום) ____/____/____