

Hemalen® (cápsulas) IVAX Argentina S.A.

Tarjeta del Paciente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

A COMPLETAR POR EL MÉDICO

1. Estado del paciente (marcar la casilla que corresponda)

Mujer sin posibilidad de quedar embarazada*

Varón*

Mujer con posibilidad de quedar embarazada

2. Antes de la primera prescripción, se ha advertido al paciente de la teratogenicidad potencial de lenalidomida y la necesidad de evitar el embarazo.

*Indicar "no procede la prueba de embarazo" en el informe del especialista. En el caso de paciente varón conservar la tarjeta en los archivos.

3. Completar solo en caso de mujeres con posibilidad de quedar embarazada:

Fecha de la visita	Fecha de la prueba de embarazo NEGATIVA (SI PROCEDE)	Confirmado que no hay riesgo de embarazo (MARCAR)	Fecha de prescripción de lenalidomida	Firma del médico	Firma del farmacéutico (si corresponde)

Al final del tratamiento por favor, devuelva esta tarjeta a su médico especialista.
Por favor, lea la ficha técnica antes de prescribir este medicamento.

FIRMA DEL MÉDICO: _____

FECHA: ____ / ____ / ____