



Pomalidomida / Cápsulas 1, 2, 3 y 4 mg

TARJETA DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección del paciente _____

Teléfono del paciente _____

Nombre del médico _____

A COMPLETAR POR EL MÉDICO

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

- ☐ Mujer **sin** capacidad de gestación
- ☐ Mujer **con** capacidad de gestación
- ☐ Varón

2. Antes del inicio del tratamiento con **POMALID®**, se le ha advertido al paciente sobre la teratogenicidad potencial de pomalidomida y la necesidad de evitar el embarazo.

Firma del médico _____

Fecha _____

3. Completar el cuadro a continuación (**sólo en caso de mujeres CON capacidad de gestación**)

FECHA DE PRESCRIPCIÓN DE POMALID®	FECHA DE LA PRUEBA DE EMBARAZO NEGATIVA (Si aplica) caso contrario colocar N/A	RIESGO DE EMBARAZO (SI/NO)	TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE SI/NO	FIRMA DEL MÉDICO	FECHA DE DISPENSACIÓN DE POMALID®	FIRMA DEL FARMACÉUTICO

Al final del tratamiento por favor devuelva esta tarjeta a su médico especialista.