



Pomalidomida / Cápsulas 1, 2, 3 y 4 mg

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE MÉDICO PRESCRIPTOR

Siguiendo lineamientos vigentes por parte del INS, todos los profesionales deberán estar certificados para prescribir **POMALID®** (Pomalidomida).

Para obtener la certificación Ud. deberá:

1. Completar el formulario de certificación de prescripción, requerido por el Plan de Gestión de Riesgos (PGR) de **POMALID®** aprobado por INS.
2. Entregar este formulario firmado al departamento de Farmacovigilancia de GADOR S.A.

POMALID® está contraindicado en mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil. Sin embargo, las mujeres en edad fértil pueden ser tratadas con **POMALID®** tomando las precauciones adecuadas para prevenir un embarazo.

Al prescribir **POMALID®** acepto:

- Proveer al paciente información de riesgos y beneficios asociados al tratamiento con **POMALID®** incluyendo las advertencias y precauciones del producto.
- Completar el formulario de consentimiento informado para cada nuevo paciente.
- Completar y entregar la tarjeta al paciente, así como también actualizarla cuando corresponda.
- Brindar asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, cuando corresponda.
- Verificar la realización de los test de embarazos y su resultado negativo previo a cada prescripción, cuando corresponda.
- Reportar cualquier embarazo en pacientes o en parejas de pacientes de sexo masculino bajo tratamiento con **POMALID®**.
- No realizar prescripciones mayores a 4 semanas de duración.

Por favor completar los espacios a continuación

Nombre de Médico Prescriptor _____
Especialidad _____
Matricula Nacional _____
Dirección Profesional _____
Teléfono _____
E-mail _____

Acepto las condiciones de prescripción del PGR de **POMALID®**

Firma _____

Fecha _____