



Celgene srl
Corso Garibaldi 86
20121 Milano
Italia
Tel + 39.02.91434100
Fax:+39.02.91434381
P Iva 04947170967

MODULO DI RICHIESTA REVLIMID USO OFF-LABEL

INDIRIZZO FATTURAZIONE:

Rag Soc _____
Indirizzo _____
Citta' -
Cap _____
Partita _____
IVA _____
Tel _____

INDIRIZZO CONSEGNA

Rag Soc _____
Indirizzo _____
Citta' - Cap _____
Partita IVA _____
Tel _____

Ospedale: _____

N° TELEFONICO _____

FARMACIA: _____

NOME DEL MEDICO: _____

SPECIALIZZAZIONE: _____

TEL.: _____

FAX: _____

E-MAIL: _____

INFORMAZIONI PAZIENTE

Iniziali

_____	_____
<i>cognome</i>	<i>nome</i>

Anno di nascita: _____

	si	no
Donna non potenzialmente fertile		
Maschio		
Il paziente è stato istruito sui potenziali rischi teratogeni correlati al trattamento con lenalidomide ed ha compreso l'obbligo di utilizzo del preservativo in caso di rapporti sessuali con donne potenzialmente fertili.		

Donna potenzialmente fertile		
La paziente è stata informata del rischio di teratogenicità del trattamento, la necessità di evitare di rimanere in gravidanza e di adottare un metodo contraccettivo efficace per almeno 4 settimane?		
L'esito dell'ultimo test di gravidanza era negativo?		
Data dell'ultimo test: di gravidanza		

DIAGNOSI:

DATA della DIAGNOSI: _____ **OSPEDALE:** _____

GG MESE ANNO

SOMMINISTRAZIONE DI REVLIMID®

- Prima somministrazione somministrazione successiva

INFORMAZIONI SULL'ORDINE

<u>Descrizione</u>	<u>Quantità*</u>
REVLIMID® 5mg, capsule rigide – blister da 21 capsule	_____
REVLIMID® 10mg, capsule rigide – blister da 21 capsule	_____
REVLIMID® 15mg, capsule rigide – blister da 21 capsule	_____
REVLIMID® 25mg, capsule rigide – blister da 21 capsule	_____

* la richiesta deve essere limitata ad una quantità sufficiente a coprire un ciclo di terapia.

In qualità di Medico responsabile della prescrizione, dichiaro:

- Che non esistono valide alternative terapeutiche per il paziente;
- Che il trattamento con il medicinale per un'indicazione diversa da quella autorizzata avviene sotto la propria responsabilità in quanto si ritiene, in base a dati documentabili, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali per i quali sia già stata approvata quella indicazione terapeutica o quella via di somministrazione;
- di aver completato personalmente le informazioni presenti sul modulo d'ordine;
- di aver ottenuto il consenso informato al trattamento da parte del paziente;
- di essere stato informato dei rischi connessi all'uso di Revlimid con particolare riferimento agli eventi avversi che si verificano con maggiore frequenza e di averne informato il paziente;
- di aver fornito adeguate informazioni al paziente in merito all'utilizzo di Revlimid;
- di aver fornito la brochure per il paziente

Inoltre, dichiara di essere consapevole:

- Che i dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (D. Lvo n° 196/2003).

In qualità di Farmacista responsabile della dispensazione, dichiaro:

- di essere stato informato dei rischi connessi all'uso di Revlimid con particolare riferimento agli eventi avversi che si verificano con maggiore frequenza;
- di fornire il farmaco entro un tempo massimo di 7 giorni dalla prescrizione, con particolare riguardo alle donne potenzialmente fertili;

Per la prescrizione:

Medico responsabile del trattamento

Per l'ordine

Farmacista responsabile

Firma, data e timbro

Firma, data e timbro

Conferma d'ordine Celgene:

Approvato da: _____

Firma: _____

Data: _____

N° identificativo ordine per PPG: