

FARMACIE: Formular de confirmare a înregistrării și instruirii

Lenalidomidă Labormed (lenalidomidă)

Pentru a evita expunerea embrio-fetală la lenalidomidă, compania Labormed Pharma SA a implementat un **Program de Prevenire a Sarcinii (PPS)** - un set de măsuri menite să reducă la minimum riscul expunerii la lenalidomidă în timpul sarcinii) la nivel național pentru produsele:

- **Lenalidomidă Labormed 5 mg capsule;**
- **Lenalidomidă Labormed 10 mg capsule;**
- **Lenalidomidă Labormed 15 mg capsule;**
- **Lenalidomidă Labormed 25 mg capsule.**

Pentru a ne asigura că acest PPS este implementat corespunzător, Lenalidomida Labormed este disponibilă **numai** în cadrul unui **Sistem de Distribuție Controlat (SDC)** agreat de comun acord cu ANMDDMR. Prin acest sistem, compania Labormed Pharma SA se asigură că medicamentul **Lenalidomidă Labormed** este eliberat doar pacienților care sunt instruiți corespunzător de medicii prescriptori, conform materialelor educaționale aprobate de ANMDDMR.

De asemenea, pentru ca Labormed Pharma SA să poată livra **Lenalidomidă Labormed** farmaciei dumneavoastră, este necesar ca fiecare angajat responsabil cu eliberarea Lenalidomidă Labormed din farmacia dumneavoastră să verifice cardul pacientului. Atunci când sunt schimbări de personal, vă rugăm să vă asigurați că noii angajați primesc o copie a acestei notificări, o semnează și acționează în conformitate cu informațiile prezentate.

Pentru luarea la cunoștință a acestor informații, vă rugăm semnați acest document pe pagina următoare, atât dumneavoastră cât și toți angajații responsabili de eliberarea Lenalidomidă Labormed și să trimiteți o copie scanată la lenalidomida@zentiva.com.

Adresa de corespondență aferentă activității de farmacovigilență:

Bulevardul Theodor Pallady nr. 50, Sector 3, București, România, Cod Poștal: 032266

Telefon: +4 021 304.75.97

Adresa de e-mail: PV-Romania@zentiva.com

Am înțeles instrucțiunile descrise mai sus și voi acționa în conformitate cu acestea. Confirm primirea mapei cu materialele educaționale* la Lenalidomidă Labormed.

Farmacia: _____

Adresa: _____

Persoana contact: _____

E-mailcontact: _____

Nume, Prenume	Funcție	Data luării la cunoștință	Semnătura

**Materialele educaționale primite nu vor fi distribuite pacienților.*