

MEDIC: Formular de confirmare a înregistrării și instruirii

Lenalidomidă Labormed (lenalidomidă)

Pentru a evita expunerea embrio-fetală la lenalidomidă, 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.

Pentru luarea la cunoștință a acestor informații, vă rugăm semnați această notificare și să o înmânați reprezentantului Labormed Pharma SA sau să trimiteți o copie scanată la [**lenalidomida@zentiva.com**](mailto:lenalidomida@zentiva.com).

Adresa de corespondență aferentă activității de farmacovigilență:
Bulevardul Theodor Pallady nr. 50, Sector 3, București, România,
Telefon: **+4 0213047597**
Adresa de e-mail: PV-Romania@zentiva.com

Confirm că am primit mapa cu materiale educaționale actualizate pentru Lenalidomidă Labormed și voi acționa conform instrucțiunilor descrise în aceste documente.

De asemenea, am înțeles că pentru fiecare prescripție de Lenalidomidă Labormed este necesar să completez cardul pacientului și să îi ofer o copie a acestuia pacientului.

Pacientul va primi o copie a cardului pacientului împreună cu prescripția, aceste documente fiindu-i necesare pentru eliberarea produsului din farmacie.

Nume medic: _____

Semnătură: _____

Data: _____