



PROYECTO TARJETA DEL PACIENTE

ZALOB

LENALIDOMIDA 5 mg, 10 mg, 15 mg y 25 mg

Cápsulas duras

- ✓ Nombre y apellido del paciente:
- ✓ Fecha de nacimiento:/...../.....
- ✓ DNI/PASAPORTE/LC/LE:
- ✓ Nombre y apellido del médico:
- ✓ Dirección:
- ✓ Teléfono:
- ✓ Mail:

A COMPLETAR POR EL MÉDICO

1. Estado del paciente (Marcar la casilla que corresponda)

- Mujer sin posibilidad de quedar embarazada * ☐
- Varón * ☐
- Mujer con posibilidad de quedar embarazada ☐

2. Antes de la primera prescripción, se ha advertido al paciente de la teratogenicidad potencial de Lenalidomida y la necesidad de evitar el embarazo

*Indicar **"No procede la prueba de embarazo"** en el informe del especialista. En el caso de paciente **varón** conservar la tarjeta en los archivos.

Firma y sello del médico

Fecha

3. Cumplimentar solo en caso de mujeres con posibilidad de quedar embarazadas

Fecha de la visita	Fecha de la prueba de embarazo NEGATIVA (SI PROCEDE)	Confirmado que no hay riesgo de embarazo (MARCAR)	Fecha de prescripción de la Lenalidomida	Firma del Médico	Firma del Farmacéutico

Por favor lea la ficha técnica antes de prescribir este producto

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