

## TARJETA DEL PACIENTE

Nombre y Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre y Apellido del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### A completar por el médico:

#### 1. Estado del paciente (marcar la casilla que corresponde):

Mujer con posibilidad de quedar embarazada

Mujer sin posibilidad de quedar embarazada\*

Varón\*

#### 2. Antes de la primera prescripción, se ha advertido al paciente de la teratogenicidad potencial de Lenalidomida y de 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 del médico: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

