

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 ___/___/___

