

# POMALIDOMID DEVATIS



## Patientenkarte für Pomalidomid Devatis

Name des Patienten, oder Initialen:

Geburtsdatum/Geburtsjahr/Altersgruppe:

Name des Arztes (DRUCKSCHRIFT):

Der Arzt muss jeden Abschnitt ausfüllen.

1. Indikation (gemäß SmPC):

2. Status des Patienten (bitte ankreuzen)

Männlich

Frau, die nicht schwanger werden kann

Frau, die schwanger werden kann (bitte auch Abschnitt 4 ausfüllen)

3. Die Patientin wurde vor der ersten Verschreibung über die zu erwartende Teratogenität von Pomalidomid beim Menschen und die Notwendigkeit, eine Schwangerschaft zu vermeiden, aufgeklärt

Unterschrift des Arztes:

Datum (TT/MM/JJJJ):





**Devatis GmbH** · c/o HealthCare Consulting GmbH · Kolonitzgasse 2A · 1030 Wien, Österreich · Tel: +43 1358 6869 · Fax: +43 1358 6869-99 · E-Mail: info@devatis.at

