

Nombre del paciente: ..... Fecha de nacimiento:...../...../.....

Nombre del médico:.....

Dirección:.....Número de teléfono:.....

**A completar por el médico**

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

- Mujer sin posibilidad de quedarse embarazada\*
- Varón\*
- Mujer con posibilidad de quedarse 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.

Cumplimentar sólo en caso de mujeres con posibilidad de quedarse embarazada:

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 LENALIDOMIDA	FIRMA DEL MÉDICO

3. Seguimiento paciente por neutropenia y trombocitopenia

FECHA DE LA VISITA	HEMOGRAMA COMPLETO	RESULTADOS

4. Seguimiento paciente por hepatotoxicidad

FECHA DE LA VISITA	HEPATOGRAMA COMPLETO	RESULTADOS

5. Seguimiento paciente por trombosis venosa

FECHA DE LA VISITA	MEDIDA ANTITROMBÓTICA	RESULTADOS

Por favor, lea la ficha técnica antes de prescribir este medicamento.

.....  
Firma y Sello Médico

Fecha / /