

Initiatieformulier voor vrouwelijke patiënten die NIET zwanger kunnen worden

Patiënt gegevens:	Arts gegevens:
Voornaam patiënte: _____	Naam arts: _____
Achternaam patiënte: _____	Naam + adres ziekenhuis/instelling: _____
Geboortedatum patiënte: _____	_____
Indicatie voor lenalidomide:	
Status van de patiënte: <input type="checkbox"/> Vrouw die NIET zwanger kan worden*	Handtekening arts ter bevestiging van de status van de patiënte: _____
	Datum: _____ / _____ / _____

* Geen zwangerschapspreventie programma vereist.

Aan één van de volgende criteria moet worden voldaan om zeker te zijn dat de patiënte niet zwanger kan worden	Vul in ✓ of n.v.t.
Leeftijd \geq 50 jaar en door natuurlijke oorzaak \geq 1 jaar niet gemenstrueerd (het uitblijven van de menstruatie na kankertherapie of tijdens de periode van borstvoeding sluit de mogelijkheid van een zwangerschap niet uit).	
Prematuur ovariumfalen (niet goed functionerende eierstokken) bevestigd door een gynaecoloog.	
Eerdere bilaterale salpingo-oöforectomie (verwijdering van beide eierstokken en eileiders) of hysterectomie (verwijdering van de baarmoeder).	
Afwezigheid uterus (geen baarmoeder aanwezig), XY-genotype, Turner syndroom.	

Ontvangst en verstrekking van informatie over de verwachte teratogeniteit (schadelijkheid voor het ongeboren kind) van lenalidomide in de mens (patiënte parafeert voor ontvangst van informatie, arts parafeert voor verstrekking van informatie)	Patiënte paraaf	Arts paraaf
De patiëntenfolder is aan de patiënte meegegeven. De patiënte heeft de folder gelezen en begrijpt de inhoud ervan, de voorzorgsmaatregelen die het gebruik van lenalidomide met zich mee brengt en de verwachte schadelijkheid van lenalidomide voor het ongeboren kind.		
Aan de patiënte is uitgelegd dat lenalidomide capsules nooit aan andere personen mogen worden gegeven, ook niet als zij dezelfde ziekte hebben, omdat het gebruik van lenalidomide schadelijk kan zijn voor anderen.		
Aan de patiënte is verteld dat ongebruikte capsules aan de apotheek moeten worden terug gegeven.		
Aan de patiënte is uitgelegd dat zij tijdens het gebruik van lenalidomide en tot 7 dagen daarna geen bloed mag doneren.		

**Dit document bewaren in de status van de patiënte.
Patiënteninformatie van dit formulier afscheuren en meegeven aan de patiënte.**

Hierbij verklaar ik, naam patiënte, geboren op ____ / ____ / ____, dat ik alle bovenstaande informatie over lenalidomide heb begrepen. De risico's en de mogelijke voordelen van een behandeling met lenalidomide en het belang van een veilig gebruik zijn duidelijk uitgelegd door mijn behandelend arts, dokter naam arts, die ter bevestiging hiervan mede ondertekent:

ONDERTEKENING PATIËNTE EN BEHANDELEND ARTS TER BEVESTIGING VAN BOVENSTAANDE:

Plaats: _____	Datum: _____ / _____ / _____
Handtekening patiënte: _____	Handtekening behandelend arts: _____
Naam patiënte: _____	Naam behandelend arts: _____

**Dit document bewaren in de status van de patiënte.
Patiënteninformatie van dit formulier afscheuren en meegeven aan de patiënte.**