

FICHA DEL PACIENTE



Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento:

Nombre del médico:

Dirección:

Número de teléfono:

Completar por el médico

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

- Mujer **sin** capacidad de gestación
- Mujer **con** capacidad de gestación
- Varón

2. Antes del inicio del tratamiento con Idamida®, se le ha advertido al paciente sobre la teratogenicidad potencial de la Pomalidomida y la necesidad de evitar el embarazo.

.....
Firma del médico

Fecha/...../.....

3. Cumplimentar sólo en caso de mujeres con posibilidad de quedar embarazadas



Fecha de la visita	Fecha de la prueba NEGATIVA (SI PROCEDE)	Confirmado que no hay riesgo de embarazo (MARCAR)	Fecha de prescripción de Pomalidomida	Firma del médico	Firma de la paciente



Nuestro Valor es la Salud