

Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento:

Nombre del médico:

Dirección:

Número de teléfono:

Completar por el médico

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

Mujer sin posibilidad de quedar embarazada*1

Varón

Mujer con posibilidad de quedar 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.

.....
Firma del médico

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

*1 Indicar "no proceda la prueba de embarazo" en el informe del profesional.

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 lenalidomida	Firma del médico	Firma de la paciente