

Грудень 2024 рік

## ФОРМА ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ

пацієнту, якому призначено лікування лікарським засобом «ЛЕНАНГІО»

ПІБ пацієнта: \_\_\_\_\_  
 Дата народження: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ПІБ лікаря: \_\_\_\_\_  
 Контактний тел. лікаря: \_\_\_\_\_

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ:

**1. Репродуктивний статус пацієнта (відмінити 1 пункт)**

- Жінка з репродуктивним потенціалом
- Чоловік\*
- Жінка, без репродуктивного потенціалу\*

\* в інформації лікаря зазначається «тест на вагітність не застосовується».

**2. Перед першим призначенням лікарського засобу, пацієнт був проінформований про:**

- Очікуваний негативний вплив на плід/ ембріон
- Суворі заходи запобігання вагітності (ефективна контрацепція, проведення тестів на вагітність, інформування лікаря про підозри щодо настання вагітності)

**3. Застосовано тільки для жінок з репродуктивним потенціалом**

Дата візиту до лікаря	Дата НЕГАТИВНОГО тесту на вагітність	Підтвердження відсутності ризику вагітності	Дата призначення леналідоміду	Підпис лікаря	Дата видачі лікарського засобу

Після завершення лікування, будь ласка, поверніть цю форму своєму лікарю.  
 Перед призначенням лікарського засобу, будь ласка, ознайомтесь з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу.

Підпис лікаря: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_