

**(4) רשימת תיוג עבור הרופא לצורך התחלת הטיפול
ברבלימיד/תלידומיד סלג'ן/אימנוביד
באשה שאינה פוריה**

שם התרופה: רבלימיד
 תלידומיד סלג'ן
 אימנוביד

שם המטופלת: _____

תאריך לידה: _____

| סמן ✓ או לא ידוע | ייעוץ |
|------------------|--|
| | נמסר למטופלת מידע לגבי האיסור על שיתוף תרופות. |
| | נמסר מידע לגבי החזרת התרופה שלא נצרכה לרוקח / משרד הרופא. |
| | נמסר מידע לגבי האיסור לתרום דם בעת נטילת התרופה ובמשך 4 שבועות לאחר הפסקת נטילת רבלימיד / תלידומיד סלג'ן / אימנוביד. |
| | על פי הקריטריונים הבאים נקבעה שהמטופלת איננה פורייה |
| | עברה כריתת רחם או כריתת שחלות דו צדדית. |
| | הווסת פסקה באופן טבעי (היעדר וסת בעקבות טיפול בסרטן אינו שולל את הסיכוי להיריון) במשך 24 חודשים עוקבים (כלומר, ב-24 חודשים עוקבים לא הופיעה וסת). כל מקרה אחר שייקבע ע"י הרופא (יש לפרט): |