

**(1) טופס רישום עבור רושמי המרשם**  
**ל- (Lenalidomide) Revlimid®**  
**ל- Thalidomide Celgene® (Thalidomide)**  
**ול- Imnovid® (Pomalidomide)**

**ימולא על ידי רושם המרשם או האחות שמונתה על ידו.**

שם המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_  
שם רושם המרשם: \_\_\_\_\_  
מספר הרישיון של הרופא: \_\_\_\_\_  
שם האחות / המזכירה שיש ליצור איתה קשר: \_\_\_\_\_  
מס' טלפון ליצירת קשר: \_\_\_\_\_  
כתובת דוא"ל: \_\_\_\_\_  
מס' פקס: \_\_\_\_\_

**הצהרת רושם המרשם:**

הריני מתחייב לבדוק בטרם מתן כל מרשם כי המטופל/ת עומד/ת בתנאי התוכנית לניהול הסיכונים אודות השימוש באמצעי מניעה מתאימים וכן שהמטופלת איננה בהריון.

הריני מתחייב לדווח לחברת ניאופרם על כל מקרה של הריון במטופלי, תחת השימוש ברבלימיד/תלידומיד סלג'ן/אימנוביד בכפוף לנתונים בערכת המידע של RMP/PPP.

הריני להצהיר בזאת כי קיבלתי וקראתי את ערכת המידע של **רבלימיד RMP/PPP** לרושם המרשמים, וזאת בהתאם לרישיון התכשיר.

הריני להצהיר בזאת כי קיבלתי וקראתי את ערכת המידע של **תלידומיד סלג'ן RMP/PPP** לרושם המרשמים, וזאת בהתאם לרישיון התכשיר.

הריני להצהיר בזאת כי קיבלתי וקראתי את ערכת המידע של **אימנוביד RMP/PPP** לרושם המרשמים.

ניתנת בזאת הסכמתי, להכללת פרטיי האישיים המפורטים בטופס זה במאגר מידע המנוהל על ידי חברת ניאופרם בהתאם לחוק הגנת הפרטיות.

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

נא לשלוח את הטופס הרשום לניאופרם (בפקס מס': 03-9264237)

לאחר קבלת טופס זה, יישלח אליך בפקס אישור על רישומך בפרויקט ניהול הסיכונים (RMP/PPP).