

Меры по предупреждению
беременности при приеме препарата
Полидовер® (помалидомид)
Бланк начала терапии для женщин
без детородного потенциала

Материалы по
безопасному применению
помалидомида доступны
на нашем сайте:



Подтверждение пациентки

Я подтверждаю, что я понимаю и буду соблюдать требования мер по предупреждению беременности при приеме препарата Полидовер®, и я даю согласие на то, чтобы мой врач мог назначить мне лечение помалидомидом.

Подпись пациентки:		дата:	ДД	ММ	ГГГГ
--------------------	--	-------	----	----	------

Заявление переводчика (при необходимости)

Я перевел(а) приведенную выше информацию пациентке в пределах моей компетентности и таким образом, чтобы, как я полагаю, она могла ее понять. Она соглашается соблюдать необходимые меры предосторожности, чтобы предотвратить воздействие помалидомида на плод.

Подписано:		ФИО: (печатными буквами)		дата:	ДД	ММ	ГГГГ
------------	--	--------------------------------	--	-------	----	----	------