

Objednávka na Revlimid® tvrdé tobolky

Lékárna: Zákaznické číslo distributora (Phoenix): _____
Kontaktní údaje lékárny: _____
Telefon: _____
Adresa: _____
Objedávající osoba: _____

Objedávám následující balení léčivého přípravku Revlimid® tvrdé tobolky:

Síla	Počet balení	Počet tobolek v balení
5 mg		21
10 mg		21
15 mg		21
25 mg		21

Pro použití níže uvedeného pacienta:

Iniciály: *
* **ČITELNĚ** zadejte první písmeno křestního jména |
první písmeno příjmení | druhé písmeno příjmení

Rok narození

Pohlaví

Muž

Žena nemůže otěhotnět
 může otěhotnět

Indikace:

Mnohočetný myelom: ndMM
 Po nejméně jedné předchozí linii léčby:
Momentální linie léčby: _____

Myelodysplastické syndromy s cytogenetickou abnormalitou izolované delece 5q:
 riziko nízké
 riziko střední 1. stupně

Relabující a/nebo refrakterní lymfom z pláštových buněk

Jiná: _____ Specifikujte _____

Jméno předepisujícího lékaře / zdravotníka:
(pište HŮLKOVÝM PÍSMEM, prosím) _____

Předepisující pracoviště:
(pište HŮLKOVÝM PÍSMEM, prosím) _____

Datum objednávky: _____