



Xetrane®
pomalidomida 1,2,3 y 4 mg
Forma farmacéutica: cápsulas duras

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES SIN POSIBILIDAD DE QUEDAR EMBARAZADAS

Información y advertencias importantes

Xetrane® puede ser perjudicial para el feto. Xetrane® está relacionada estructuralmente con Talidomida. Talidomida es un principio activo con capacidad conocida de provocar malformaciones en el embrión o feto en humanos. Talidomida causa defectos congénitos de nacimiento graves que pueden poner en peligro la vida del niño. Si se toma pomalidomida durante el embarazo, no puede descartarse un efecto similar. Deberá visitar mensualmente a su médico para controlar su respuesta al tratamiento con Xetrane® y continuar el mismo. Por favor, no olvide acudir a la consulta en las fechas previstas, es muy importante para su salud y para su bienestar.

A completar y firmar por la paciente

Lea detenidamente cada uno de los siguientes puntos, y firme este formulario de consentimiento informado, si ha entendido completamente todos los puntos y acepta seguir las instrucciones de su médico.

No firme este consentimiento ni comience el tratamiento con Xetrane®, si hay algo que no entiende sobre la información que ha recibido acerca del uso de este medicamento.

Si tiene alguna duda sobre lo que le ha explicado su médico, antes de firmar sepa que puede consultar a "A.N.M.A.T. Responde": línea gratuita 0800-333-1234 o al (011) 4340-0866, de lunes a viernes de 8 hs a 17 hs.

1. Mi médico ha comprobado que no existe la posibilidad de que pueda quedarme embarazada.
2. Entiendo que antes de iniciar el tratamiento con Xetrane® y durante el mismo me harán análisis de sangre con regularidad (cada semana durante las primeras 8 semanas de tratamiento y después por lo menos cada mes, ya que Xetrane® puede causar una disminución de las células de la sangre que ayudan a luchar contra las infecciones y de las que participan en la coagulación. Según los resultados de mis análisis de sangre y de mi estado general mi médico puede ajustar la dosis o parar el tratamiento.
3. Mi médico me ha preguntado si he tenido alguna vez trombos (coágulos de sangre) en las venas ya que durante el tratamiento tengo un mayor riesgo de presentar coágulos de sangre en las venas. También me ha preguntado si tengo alguna enfermedad de los riñones por si hubiera que ajustar la dosis.
4. He sido informada que no puedo ser donante de sangre por estar bajo tratamiento con Xetrane®.
5. Entiendo que no debo compartir las cápsulas de Xetrane® con nadie más.
6. Comprendo que al final del tratamiento debo devolver al farmacéutico todas las cápsulas sin usar.
7. He leído detenidamente el folleto de información para los pacientes y el prospecto de Xetrane® que me ha dado mi médico. Me comprometo a consultarle cualquier duda al respecto.

El médico ha contestado a todas mis preguntas sobre Xetrane®, he comprendido los peligros y las precauciones necesarias asociadas al uso de Xetrane® y acepto el riesgo y las medidas de precaución que debo seguir y que se me han explicado en detalle. Asimismo me ha entregado una copia de este formulario y de la Tarjeta del Paciente.

Firma de la paciente: _____

Firma del médico: _____

Nombre de la paciente: _____

Fecha: ____/____/____