

## Checklist du médecin traitant pour conseiller les patientes susceptibles de procréer sur le programme de prévention de la grossesse



Nom de la patiente :				
Date de naissance :	JJ	MM	AAAA	

### Précisions importantes

Informez votre patiente du risque tératogène à prévoir et des conséquences sur l'enfant à naître.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente de la nécessité d'une contraception fiable, en commençant au moins 4 semaines avant le traitement, pendant toute la durée du traitement, pendant les pauses posologiques et pendant au moins 4 semaines après la fin du traitement <b>ou</b> l'abstinence sexuelle absolue et constante.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente qu'elle doit suivre les instructions d'une contraception efficace même en cas d'aménorrhée.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente des méthodes contraceptives fiables qu'elle peut utiliser.	Complété	<input type="checkbox"/>
Assurez-vous que votre patiente comprend les conséquences potentielles d'une grossesse et qu'elle doit interrompre immédiatement le traitement et consulter un médecin si une grossesse est suspectée.	Approuvé	<input type="checkbox"/>
	Pas garantie	<input type="checkbox"/>
Assurez-vous que votre patiente subisse des tests de grossesse au moins toutes les 4 semaines, sauf en cas de stérilisation confirmée.	Approuvé	<input type="checkbox"/>
	Pas garantie	<input type="checkbox"/>
Assurez-vous que votre patiente comprend les risques et les précautions nécessaires qu'elle doit prendre lors de l'utilisation du lénalidomide.	Approuvé	<input type="checkbox"/>
	Pas garantie	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente de la nécessité de commencer le traitement dès que le lénalidomide lui a été administré après un test de grossesse négatif.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente qu'elle ne doit pas prendre de lénalidomide pendant l'allaitement.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente de ne pas casser, mâcher ou ouvrir les gélules.	Complété	<input type="checkbox"/>

Informez votre patiente qu'elle ne remettra jamais les gélules à d'autres.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente qu'elle doit rapporter les gélules utilisées au médecin ou au pharmacien.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente qu'elle ne doit pas donner de sang pendant toute la durée du traitement, pendant les pauses et pendant au moins 7 jours après la fin du traitement.	Complété	<input type="checkbox"/>

### Adhésion à des mesures contraceptives fiables

Assurez-vous que votre patiente est capable et disposée à prendre et/ou à maintenir des mesures contraceptives fiables.	Approuvé N'est pas applicable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
La patiente n'utilise pas de contraception fiable et doit donc être référée à un spécialiste en gynécologie afin de s'assurer qu'une méthode contraceptive fiable est utilisée.	Applicable N'est pas applicable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
La consultation a été effectuée.	Complété N'est pas applicable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
La patiente utilise l'une des méthodes contraceptives suivantes depuis 4 semaines : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implant hormonal</li> <li>• Dispositif intra-utérin libérant du lévonorgestrel (DIU « Cuivre hormonal »)</li> <li>• Injection hormonale (dépôt) (Acétate de médroxyprogestérone, « injection de 3 mois »)</li> <li>• Stérilisation (ligature des trompes)</li> <li>• Rapport sexuel uniquement avec un partenaire vasectomisé (vasectomie réussie confirmée par deux analyses de sperme négatives)</li> <li>• Pilules à base de progestérone inhibant l'ovulation (c'est-à-dire désogestrel)</li> </ul>	Applicable N'est pas applicable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### Alternative

La patiente doit assurer une abstinence sexuelle absolue et constante, et elle doit le confirmer <b>chaque mois</b> .	Applicable N'est pas applicable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	------------------------------------	--

Si les mesures ou étapes susmentionnées ne sont pas applicables, l'une des mesures contraceptives ci-dessus doit être initiée au moins 4 semaines avant le début du traitement.	Initiée	<input type="checkbox"/>
---	---------	--------------------------

**Test de grossesse**

Faire un test de grossesse avant de commencer le traitement même avec une abstinence sexuelle absolue et constante assurée mensuellement (sensibilité minimale 25 mIE/ml $\beta$ -HCG).	Complété	<input type="checkbox"/>
Le résultat du test de grossesse est négatif.	Applicable	<input type="checkbox"/>
	N'est pas applicable	<input type="checkbox"/>

**Le traitement ne pourra être instauré que si votre patiente utilise au moins une méthode de contraception fiable depuis au moins 4 semaines ou a garanti une abstinence sexuelle absolue et permanente tous les mois, et que le résultat du test de grossesse en début de traitement est négatif.**

**Remise de documents d'information aux patients sur le léналidomide**

Donnez à votre patiente les documents d'information suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>Informations sur les patients</li></ul>	Complété	<input type="checkbox"/>
--	----------	--------------------------

## Programme de prévention de la grossesse Lénalidomide

### Checklist du médecin traitant pour conseiller les patientes non susceptibles de procréer sur le programme de prévention de la grossesse



Nom de la patiente :				
Date de naissance :	JJ	MM	AAAA	

**L'un des critères suivants n'est pas applicable, c'est-à-dire que la patiente est non susceptible de procréer**

Âge $\geq$ 50 ans et aménorrhée naturelle depuis $\geq$ 1 ans*	Applicable	<input type="checkbox"/>
	N'est pas applicable	<input type="checkbox"/>
Insuffisance ovarienne prématurée confirmée par un gynécologue	Applicable	<input type="checkbox"/>
	N'est pas applicable	<input type="checkbox"/>
Antécédente de salpingo-ovariectomie bilatérale ou d'hystérectomie	Applicable	<input type="checkbox"/>
	N'est pas applicable	<input type="checkbox"/>
Génotype XY, syndrome de Turner, agénésie utérine	Applicable	<input type="checkbox"/>
	N'est pas applicable	<input type="checkbox"/>

\* L'aménorrhée après un traitement anticancéreux ou pendant l'allaitement n'exclut pas la susceptibilité de procréer.

#### Précisions importantes

Informez votre patiente du risque tératogène de lénalidomide prévoir et des conséquences sur l'enfant à naître.	Complété	<input type="checkbox"/>
Assurez-vous que votre patiente comprend les risques et les précautions nécessaires qu'elle doit prendre lors de l'utilisation du lénalidomide.	Approuvé	<input type="checkbox"/>
	Pas garantie	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente de la nécessité de commencer le traitement dès que le lénalidomide lui a été administré après un test de grossesse négatif.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente de ne pas casser, mâcher ou ouvrir les gélules.	Complété	<input type="checkbox"/>

Informez votre patiente qu'elle ne remettra jamais les gélules à d'autres personnes.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente qu'elle doit rapporter les gélules utilisées au pharmacie.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente qu'elle ne doit pas donner de sang pendant toute la durée du traitement, pendant les pauses et pendant au moins 7 jours après la fin du traitement.	Complété	<input type="checkbox"/>

**Remise de documents d'information aux patients sur le léналidomide**

Donnez à votre patiente les documents d'information suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>• Informations sur les patients</li></ul>	Complété	<input type="checkbox"/>
--	----------	--------------------------

**Programme de contraception  
Lenalidomid**

**Checklist du médecin traitant pour conseiller les patients masculin sur le programme de contraception**



Nom du patient :				
Date de naissance :	JJ	MM	AAAA	

<b>Précisions importantes</b>		
Informez votre patient du risque tératogène à prévoir et des conséquences sur l'enfant à naître.	Complété	<input type="checkbox"/>
<p>Informez votre patient de la nécessité d'utiliser des préservatifs pendant toute la durée du traitement (y compris les interruptions de dose) et pendant au moins 7 jours après l'arrêt du traitement s'il a des rapports sexuels avec une partenaire enceinte, ou partenaire susceptible de procréer qui n'utilise pas de contraception fiable. Étant donné que même s'il est exempt de spermatozoïdes, le sperme peut toujours contenir du lénalidomide, cela s'applique également si une vasectomie a été pratiquée.</p> <p>Une partenaire féminine est NON susceptible de procréer si elle répond à au moins un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge ≥ 50 ans et aménorrhée naturelle depuis ≥ 1 ans*</li> <li>• Insuffisance ovarienne prématurée confirmée par un gynécologue</li> <li>• Antécédente de salpingo-ovariectomie bilatérale ou d'hystérectomie</li> <li>• Génotype XY, syndrome de Turner, agénésie utérine</li> </ul> <p>* L'aménorrhée après un traitement anticancéreux ou pendant l'allaitement n'exclut pas la susceptibilité de procréer.</p>	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patiente des méthodes contraceptives fiables qu'elle peut utiliser.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patient qu'il doit informer <b>immédiatement</b> son médecin traitant si sa partenaire suspecte une grossesse. Dans ce cas, la partenaire doit également être informée pour consulter immédiatement un médecin.	Complété	<input type="checkbox"/>
Assurez-vous que votre patient comprend les risques et les précautions nécessaires qu'elle doit prendre lors de l'utilisation du lénalidomide.	Approuvé	<input type="checkbox"/>
	Pas garantie	<input type="checkbox"/>
Informez votre patient de ne pas casser, mâcher ou ouvrir les gélules.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patient de ne jamais donner les gélules à d'autres personnes.	Complété	<input type="checkbox"/>

Informez votre patient de rapporter toute gélule non utilisée au médecin ou au pharmacien.	Complété	<input type="checkbox"/>
Informez votre patient qu'il ne doit pas donner de sang pendant toute la durée du traitement, pendant les pauses et au moins 7 jours après la fin du traitement.	Complété	<input type="checkbox"/>

#### **Adhésion à des mesures contraceptives fiables**

Assurez-vous que votre patient est capable et disposée à utiliser et/ou à maintenir des mesures contraceptives fiables.	Approuvé	<input type="checkbox"/>
	N'est pas applicable	<input type="checkbox"/>

#### **Remise de documents d'information aux patients sur le léналidomide**

Donnez à votre patient les documents d'information suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>• Informations sur les patients</li></ul>	Complété	<input type="checkbox"/>
---	----------	--------------------------