

## Checklist del medico per la consulenza ai pazienti potenzialmente fertili sul programma di prevenzione della gravidanza



Nome del paziente:				
Data di nascita:	GG	MM	AAAA	

### Note importanti

Informare il paziente del rischio teratogeno prevedibile e delle conseguenze sul nascituro.	Completato	<input type="checkbox"/>
Informare il paziente della necessità di una contraccezione affidabile, iniziando almeno 4 settimane prima del trattamento, durante tutto il trattamento, durante le interruzioni della dose e per almeno 4 settimane dopo la fine del trattamento o di un'astinenza sessuale assoluta e costante.	Completato	<input type="checkbox"/>
Informa la tua paziente che deve seguire le istruzioni per una contraccezione efficace anche in caso di amenorrea.	Completato	<input type="checkbox"/>
Informa la tua paziente dei metodi contraccettivi affidabili che può utilizzare.	Completato	<input type="checkbox"/>
Assicurati che la tua paziente comprenda le potenziali conseguenze della gravidanza e che debba interrompere immediatamente il trattamento e consultare un medico se si sospetta una gravidanza.	Approvato	<input type="checkbox"/>
	Non garantito	<input type="checkbox"/>
Assicurati che la tua paziente abbia test di gravidanza almeno ogni 4 settimane, a meno che non sia stata confermata la sterilizzazione.	Approvato	<input type="checkbox"/>
	Non garantito	<input type="checkbox"/>
Assicurati che la tua paziente comprenda i rischi e le precauzioni necessarie che dovrebbe prendere durante l'uso di lenalidomide.	Approvato	<input type="checkbox"/>
	Non garantito	<input type="checkbox"/>
Informare la paziente della necessità di iniziare il trattamento non appena le è stata somministrata lenalidomide dopo un test di gravidanza negativo.	Completato	<input type="checkbox"/>
Avvisare la paziente di non assumere lenalidomide durante l'allattamento.	Completato	<input type="checkbox"/>
Avvisare il paziente di non rompere, masticare o aprire le capsule.	Completato	<input type="checkbox"/>

Informa la tua paziente che non darà mai le capsule ad altri.	Completato	<input type="checkbox"/>
Informare la paziente che deve restituire le capsule usate al medico o al farmacista.	Completato	<input type="checkbox"/>
Informare la paziente che non deve donare sangue durante l'intero trattamento, durante le pause e per almeno 7 giorni dopo la fine del trattamento.	Completato	<input type="checkbox"/>

#### Adesione a misure contraccettive affidabili

Assicurati che il tuo paziente sia in grado e disposto ad adottare e/o mantenere misure contraccettive affidabili.	Approvato Non applicabile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Il paziente non utilizza metodi contraccettivi affidabili e pertanto deve essere indirizzato a uno specialista in ginecologia per assicurarsi che venga utilizzato un metodo contraccettivo affidabile.	Applicabile Non applicabile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
La consultazione è stata effettuata.	Completato Non applicabile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Il paziente ha utilizzato uno dei seguenti metodi contraccettivi per 4 settimane: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impianto ormonale</li> <li>• Dispositivo intrauterino a rilascio di levonorgestrel (IUD "spirale ormonale")</li> <li>• Iniezione ormonale (depot) (Medrossiprogesterone acetato, "iniezione di 3 mesi")</li> <li>• Sterilizzazione (legatura delle tube)</li> <li>• Sesso solo con partner vasectomizzato (vasectomia riuscita confermata da due test dello sperma negativi)</li> <li>• Pillole di progesterone che inibiscono l'ovulazione (es. Desogestrel)</li> </ul>	Applicabile Non applicabile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

#### Alternativa

La paziente deve garantire l'astinenza sessuale assoluta e costante e deve confermarla ogni mese.	Applicabile Non applicabile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	--

Se le misure o le fasi di cui sopra non sono applicabili, una delle misure contraccettive di cui sopra deve essere iniziata almeno 4 settimane prima dell'inizio del trattamento.	Iniziato	<input type="checkbox"/>
---	----------	--------------------------

**Test di gravidanza**

Eeguire un test di gravidanza prima di iniziare il trattamento anche con assoluta e costante astinenza sessuale garantita mensilmente (sensibilità minima 25 mIE/ml $\beta$ -HCG).	Completato	<input type="checkbox"/>
Il risultato del test di gravidanza è negativo.	Applicabile	<input type="checkbox"/>
	Non applicabile	<input type="checkbox"/>

**Il trattamento può essere iniziato solo se la paziente utilizza almeno un metodo contraccettivo affidabile da almeno 4 settimane o ha garantito l'astinenza sessuale assoluta e permanente ogni mese e l'esito del test di gravidanza all'inizio del trattamento è negativo.**

**Consegna del materiale informativo per il paziente con lenalidomide**

Fornisci al tuo paziente il seguente materiale informativo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Informazioni per il paziente</li></ul>	Completato	<input type="checkbox"/>
--	------------	--------------------------

## Programma di prevenzione della gravidanza Lenalidomide

### Checklist del medico per la consulenza ai pazienti non potenzialmente fertili sul programma di prevenzione della gravidanza



Nome del paziente:				
Data di nascita:	GG	MM	AAAA	

#### Uno dei seguenti criteri non è applicabile, ovvero la paziente non potenzialmente fertili

Età $\geq$ 50 anni e amenorrea naturale da $\geq$ 1 anno*	Applicabile	<input type="checkbox"/>
	Non applicabile	<input type="checkbox"/>
Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo	Applicabile	<input type="checkbox"/>
	Non applicabile	<input type="checkbox"/>
Storia di salpingo-ovariectomia bilaterale o isterectomia	Applicabile	<input type="checkbox"/>
	Non applicabile	<input type="checkbox"/>
Genotipo XY, sindrome di Turner, agenesia uterina	Applicabile	<input type="checkbox"/>
	Non applicabile	<input type="checkbox"/>

\* L'amenorrea dopo il trattamento del cancro o durante l'allattamento non esclude la suscettibilità alla gravidanza.

#### Note importanti

Informare il paziente del rischio teratogeno rischio teratogeno della lenalidomide prevedibile e delle conseguenze sul nascituro.	Completato	<input type="checkbox"/>
Assicurati che la tua paziente comprenda i rischi e le precauzioni necessarie che dovrebbe prendere durante l'uso di lenalidomide.	Approvato	<input type="checkbox"/>
	Non garantito	<input type="checkbox"/>
Informare la paziente della necessità di iniziare il trattamento non appena le è stata somministrata lenalidomide dopo un test di gravidanza negativo.	Completato	<input type="checkbox"/>
Avvisare il paziente di non rompere, masticare o aprire le capsule.	Completato	<input type="checkbox"/>

Informa la tua paziente che non darà mai le capsule ad altri.	Completato	<input type="checkbox"/>
Informare la paziente che deve restituire le capsule usate farmacia.	Completato	<input type="checkbox"/>
Informare la paziente che non deve donare sangue durante l'intero trattamento, durante le pause e per almeno 7 giorni dopo la fine del trattamento.	Completato	<input type="checkbox"/>

**Consegna del materiale informativo per il paziente con lenalidomide**

Fornisci al tuo paziente il seguente materiale informativo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Informazioni per il paziente</li></ul>	Completato	<input type="checkbox"/>
--	------------	--------------------------

**Programma contraccettivo  
Lenalidomid**

**Checklist del medico per la consulenza ai pazienti maschi  
sul programma di prevenzione della gravidanza**



Nome del paziente:				
Data di nascita:	GG	MM	AAAA	

<b>Note importanti</b>		
Informare il paziente del rischio teratogeno prevedibile e delle conseguenze sul nascituro.	Completato	<input type="checkbox"/>
<p>Informare il paziente della necessità di usare il preservativo durante il trattamento (comprese le interruzioni della dose) e per almeno 7 giorni dopo l'interruzione del trattamento se ha rapporti sessuali con una partner in gravidanza o in potenzialmente fertili che non utilizza un metodo contraccettivo affidabile. Poiché lo liquido seminale può contenere ancora lenalidomide anche se privo di spermatozoi, ciò vale anche se è stata eseguita una vasectomia.</p> <p>È probabile che una partner femminile NON fertili se soddisfa almeno uno dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Età ≥ 50 anni e amenorrea naturale da ≥ 1 anno*</li> <li>• Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo</li> <li>• Storia di salpingo-ovariectomia bilaterale o isterectomia</li> <li>• Genotipo XY, sindrome di Turner, agenesia uterina</li> </ul> <p>* L'amenorrea dopo il trattamento del cancro o durante l'allattamento non esclude la suscettibilità alla gravidanza.</p>	Completato	<input type="checkbox"/>
Informa la tua paziente dei metodi contraccettivi affidabili che può utilizzare.	Completato	<input type="checkbox"/>
Informare il paziente che deve informare <b>immediatamente</b> il suo medico se il suo partner sospetta una gravidanza. In questo caso, anche il partner dovrebbe essere informato di consultare immediatamente un medico.	Completato	<input type="checkbox"/>
Assicurati che il tuo paziente comprenda i rischi e le precauzioni necessarie che dovrebbe prendere durante l'uso di lenalidomide.	Approvato	<input type="checkbox"/>
	Non garantito	<input type="checkbox"/>
Avvisare il paziente di non rompere, masticare o aprire le capsule.	Completato	<input type="checkbox"/>
Informare il paziente di non somministrare mai le capsule ad altre persone.	Completato	<input type="checkbox"/>



Informi il paziente di restituire le capsule non utilizzate al medico o al farmacista.	Completato	<input type="checkbox"/>
Informare il paziente che non deve donare sangue durante l'intero trattamento, durante le pause e per almeno 7 giorni dopo la fine del trattamento.	Completato	<input type="checkbox"/>

#### **Adesione a misure contraccettive affidabili**

Assicurati che il tuo paziente sia in grado e disposto a usare e/o mantenere misure contraccettive affidabili.	Approvato	<input type="checkbox"/>
	Non applicabile	<input type="checkbox"/>

#### **Consegna del materiale informativo per il paziente con lenalidomide**

Fornisci al tuo paziente il seguente materiale informativo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Informazioni per il paziente</li></ul>	Completato	<input type="checkbox"/>
--	------------	--------------------------