

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES VARONES.

INFORMACIÓN IMPORTANTE.

KEVIDRAX® (Lenalidomida 25 mg) PUEDE SER PERJUDICIAL PARA EL FETO O EMBRIÓN.

LENALIDOMIDA es un medicamento derivado de la **TALIDOMIDA**, sustancia conocida por su alta capacidad de crear malformaciones en el embrión o feto humano, dada la similitud entre ambas sustancias no puede descartarse un efecto similar con el uso de la Lenalidomida.

ESTIMADO PACIENTE, lea cuidadosamente toda la información detallada, **SOLO SI COMPRENDE y ACEPTA seguir todas las instrucciones del médico tratante, FIRME ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO**, en caso contrario, si tiene alguna duda y desea ampliar la información de uso de **KEVIDRAX®** por favor **NO LO FIRME**.

Completar:

1. Ha comprendido el riesgo de **MALFORMACIONES** en el **feto o embrión** con el uso de **KEVIDRAX®** por lo cual debe **EVITAR EL EMBARAZO DE SU PAREJA**. Sí No
2. Ha sido informada por su médico que se han detectado niveles de **LENALIDOMIDA EN SEMEN** por lo que su **PAREJA NO DEBE QUEDAR EMBARAZADA**, por ello debe **usar métodos anticonceptivos** y usted debe usar **preservativos** aun cuando se haya sometido a vasectomía. Sí No
3. Usted comprende el riesgo para el **FETO O EMBRIÓN** con el uso de **KEVIDRAX®** por lo que acudirá inmediatamente a un especialista ante el **riesgo de embarazo de su pareja**. Sí No
4. Ha sido informado y comprende que aun con los **cuidados recomendados** si su pareja queda embarazada durante su tratamiento y hasta 4 semanas después de finalizado acudirá inmediatamente a su especialista. Sí No
5. Ha sido **ASESORADO** por su médico acerca del uso del **PRESERVATIVO** durante el tratamiento con **KEVIDRAX®** Sí No
6. Ha sido informada que el tratamiento con **KEVIDRAX®** puede **disminuir las células en la sangre responsables de combatir las infecciones y ayudar en el proceso de coagulación**, por tanto se le realizaran **ANALISIS DE SANGRE, en Síndrome Mielodisplásico cada semana las primeras 8 semanas de tratamiento y luego al menos una vez al mes durante todo el tratamiento; en caso de Mieloma Múltiple cada 2 semanas durante las primeras 12 semanas de tratamiento y luego una vez al mes durante todo el tratamiento**, en función de los resultados el médico **ajustar la dosis o suspender el tratamiento**. Sí No
7. Su médico consultó por antecedentes de **TROMBOS O CUAGULOS DE SANGRE en las venas**, ya que con el tratamiento se incrementa el riesgo de formar trombos Sí No
8. Su médico le consultó si tiene alguna enfermedad **RENAL** y así **ajustar dosis** de ser necesario. Sí No
9. Entiende y acepta que durante el tratamiento y hasta 4 semanas después de finalizado el tratamiento **NO PUEDE DONAR SEMEN**. Sí No
10. Me comprometo al finalizar el tratamiento **devolver las capsulas sobrantes al médico tratante**. Sí No

11. Acepto haber leído, escuchado y entendido toda la información suministrada por mi médico, a la vez me comprometo a consultar cualquier duda que surja durante el tratamiento. Sí___ No___

Mi médico tratante ha contestado todas mis preguntas sobre mi tratamiento, riesgos y precauciones necesarias asociadas a la administración de KEVIDRAX®, con mi firma acepto aplicar las medidas de precaución y aceptar el riesgo que me han explicado al detalle, recibo además copia de este formulario y la tarjeta de paciente.

Nombre del paciente _____ Apellido _____

Fecha: ___/___/___

Firma del Paciente: _____

Nombre del médico _____ Apellido _____

Fecha: ___/___/___

Firma del médico: _____