

**Registre de pomalidomide**  
**FICHE DE SUIVI POUR LES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER**

*Ce formulaire est à compléter par le prescripteur puis par le pharmacien pour le suivi de toutes les femmes en âge de procréer traitées par pomalidomide et à adresser au laboratoire par le pharmacien au moment de la dispensation de pomalidomide*

**SUIVI N°** .....

**A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR :**

**DATE DE LA VISITE :**   /   /

**PATIENT**

**INITIALES PATIENTE :**  Nom  Prénom    **DATE DE NAISSANCE (MM/AAAA) :**   /

● **Changement de contraception** depuis la consultation précédente ?  Oui  Non

Si oui, contraception efficace :  Oui  Non  Abstinence    Si oui préciser : .....

Date de mise en place de la nouvelle contraception :   /   /

**DATE DE LA PRESCRIPTION :**   /   /

**A COMPLETER PAR LE PHARMACIEN :**

● **Test de grossesse effectué le :**   /   /

Résultat :  Négatif  Positif  Non effectué

Si le test est positif, le pomalidomide ne doit pas être délivré. Toute grossesse doit être déclarée au Centre Régional de PharmacoVigilance dont vous dépendez.

**DATE DE LA DELIVRANCE :**   /   /

Veuillez préciser le nom du laboratoire commercialisant le produit concerné par cette dispensation : .....

MEDECIN	PHARMACIEN
NOM DU PRESCRIPTEUR : .....	NOM DU PHARMACIEN : .....
Hôpital (adresse) : .....	Hôpital (adresse) : .....
<i>J'atteste que les informations que j'ai fournies sont exactes.</i>	
Date : .....    Signature : .....	Date : .....    Signature : .....

Si vous avez observé un évènement/effet indésirable depuis la consultation précédente, nous vous rappelons que tout effet indésirable doit être déclaré auprès de votre CRPV ou sur <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

**Veuillez s'il vous plaît envoyer cette fiche à ICTA (centre logistique du registre) :**  
**par fax au 0 800 002 219 ou par email à l'adresse [imnovid@icta.fr](mailto:imnovid@icta.fr)**