

Herhaal/stop/wijziging formulier Revlimid®

Patiëntgegevens:

Naam : M V

Geboortedatum :

Artsgegevens:

Naam :

Instelling :

Telefoonnummer :

Herhaal recept

Herhaal therapie per datum : / /

(Er wordt gestreefd naar het afleveren binnen 3 werkdagen na ontvangst van het herhaal/stop/wijziging formulier)

Stop/wijziging therapie

Stop/wijziging therapie per datum : / /

(Er wordt gestreefd naar het afleveren binnen 3 werkdagen na ontvangst van het herhaal/stop/wijziging formulier)

Patiënt stopt met therapie, omdat*

Patiënt stapt over naar een andere dosering, omdat*

* Graag goed leesbaar invullen.

Voor uw informatie: dit herhaal/stop/wijziging formulier zal door Red Swan pharma services, in geval van een bijwerking, verzonden worden aan Celgene Drug Safety en er kan mogelijk contact met u worden opgenomen voor aanvullende informatie. Voor vragen kunt u bellen met: 030 - 28 44 525

R/Revlimid®

- Revlimid® capsule 25 mg, 1 dd 1 capsule
 - Revlimid® capsule 15 mg, 1 dd 1 capsule
 - Revlimid® capsule 10 mg, 1 dd 1 capsule
 - Revlimid® capsule 5 mg, 1 dd 1 capsule
- S.21 tabletten per cyclus van 28 dagen, dag 1-21, 1 dd 1 capsule

R/Dexamethason 40 mg*

- 1e t/m 4e cyclus
- S.12 tabletten per cyclus van 28 dagen, dag 1-4, 9-12, 17-20, 1 dd 1 tablet
- Vanaf 5e cyclus
- S.4 tabletten per cyclus van 28 dagen, dag 1-4, 1 dd 1 tablet
- * tablet heeft breukgleuf

Duur therapie:

1 cyclus 2 cycli 3 cycli

Voor volgende herhaalrecept en/of stop/wijziging therapie gaarne opnieuw dit formulier invullen

Handtekening arts:

Datum:

1. Dit herhaal/stop/wijziging formulier faxen naar

030 - 24 73 150

2. Het origineel per post sturen naar: Revlimid® Thuiservice, Antwoordnummer 54031, 3504 VB Utrecht
m.b.v. de antwoordenvelop (postzegel niet nodig)

Aanvraagformulier Revlimid®

Patiëntgegevens (evt. afdruk ponsplaatje):

Naam : M V
Adres : Zorgverzekeraar :
Postcode : Polisnummer :
Woonplaats :
Geboortedatum : *In het kader van de geneesmiddelenbewaking zal de apotheek van de patiënt op de hoogte worden gesteld van het medicijngebruik.*
Telefoon nr. : Naam apotheek :
Mobiel nr. : Plaats apotheek :

Artsgegevens:

Naam : Specialisme :
Instelling : Telefoonnummer :
Adres : Fax :
Postcode/plaats : E-mail :

Contactpersoon : Telefoonnummer :
Afdeling : Fax :
Functie : E-mail :

Verklaring

Hierbij verklaart de patiënt dat hij/zij apotheek Red Swan pharma services toestemming verleent voor het opvragen van zijn/haar medicatiehistorie en het informeren van de eigen apotheek over de door Red Swan pharma services geleverde medicatie.

Handtekening patiënt voor akkoord:

Datum:

Startdatum therapie : / /

(Er wordt gestreefd naar het afleveren binnen 3 werkdagen na ontvangst van het aanvraagformulier)

R/Revlimid®

- Revlimid® capsule 25 mg, 1 dd 1 capsule
 Revlimid® capsule 15 mg, 1 dd 1 capsule
 Revlimid® capsule 10 mg, 1 dd 1 capsule
 Revlimid® capsule 5 mg, 1 dd 1 capsule
S.21 tabletten per cyclus van 28 dagen, dag 1-21, 1 dd 1 capsule

R/Dexamethason 40 mg*

- 1e t/m 4e cyclus
S.12 tabletten per cyclus van 28 dagen, dag 1-4, 9-12, 17-20, 1 dd 1 tablet
 Vanaf 5e cyclus
S.4 tabletten per cyclus van 28 dagen, dag 1-4, 1 dd 1 tablet
** tablet heeft breukgleuf*

Duur therapie:

1 cyclus 2 cycli 3 cycli

Voor herhaalrecept gaarne gebruik maken van het herhaal/stop/wijziging formulier Revlimid®

Handtekening arts:

Datum:

1. Dit aanvraagformulier samen met de artsenverklaring faxen naar

030 - 24 73 150

2. Beide originelen per post sturen naar: Revlimid® Thuiservice, Antwoordnummer 54031, 3504 VB Utrecht

m.b.v. de antwoordvelop (postzegel niet nodig).

3. Voor herhaalrecept of bij voortijdig stoppen of aanpassen medicatie, gaarne het herhaal/stop/wijziging formulier Revlimid® invullen en faxen.