

Меры по предупреждению  
беременности при приеме препарата  
Мулмилида® (леналидомид)  
Бланк начала терапии для женщин  
без репродуктивного потенциала

Материалы по  
безопасному применению  
леналидомида доступны  
на нашем сайте:





**Подтверждение пациентки**

Я подтверждаю, что я понимаю и буду соблюдать требования мер по предупреждению беременности при приеме препарата Мулмилида®, и я даю согласие на то, чтобы мой врач мог назначить мне лечение леналидомидом.

Подпись пациентки:		дата:	ДД	ММ	ГГГГ
--------------------	--	-------	----	----	------

**Заявление переводчика (при необходимости)**

Я перевел(а) приведенную выше информацию пациентке в пределах моей компетентности и таким образом, чтобы, как я полагаю, она могла ее понять. Она соглашается соблюдать необходимые меры предосторожности, чтобы предотвратить воздействие леналидомидом на плод.

Подписано:		ФИО: (печатными буквами)		дата:	ДД	ММ	ГГГГ
------------	--	--------------------------------	--	-------	----	----	------