

---

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES VARONES

---

### Información y Advertencias Importantes

#### **MIZARID puede ser perjudicial para el feto**

**MIZARID** está relacionada estructuralmente con Talidomida. Talidomida es un principio activo con capacidad conocida de provocar malformaciones en el embrión o feto en humanos. Talidomida causa defectos congénitos de nacimiento graves que pueden poner en peligro la vida del niño. Si se toma lenalidomida durante el embarazo, no puede descartarse un efecto similar.

**Deberá visitar mensualmente a su médico** para controlar su respuesta al tratamiento con **MIZARID** y continuar el mismo. Por favor, no olvide acudir a la consulta en las fechas previstas, es muy importante para su salud y para su bienestar.

#### **A Completar y firmar por la paciente**

Lea detenidamente cada uno de los siguientes puntos, y firme este formulario de consentimiento informado, si ha entendido completamente todos los puntos y acepta seguir las instrucciones de su médico.

**No firme este consentimiento ni comience el tratamiento con MIZARID, si hay algo que no entiende sobre la información que ha recibido acerca del uso de este medicamento.**

**Si tiene alguna duda sobre lo que le ha explicado su médico, antes de firmar sepa que puede consultar a A.N.M.A.T. Responde: línea gratuita 0800-333-1234 o al (011) 4340-0866, de lunes a viernes de 8 hs a 17 hs.**

1. He sido informado por mi médico y comprendo el potencial riesgo de **MIZARID** de causar malformaciones en mi futuro hijo, debido al cual tengo que evitar la posibilidad de embarazo.
2. Mi médico me ha informado que, debido a que **MIZARID** pasa al semen humano, si mi pareja puede quedar embarazada y no está usando ningún método anticonceptivo eficaz, deberé usar preservativos durante todo el tratamiento, durante las interrupciones de dosis y hasta 4 semanas después de terminare el tratamiento (aunque me haya sometido a una vasectomía).

3. He sido informado y comprendo las potenciales consecuencias del embarazo, y la necesidad de consultar inmediatamente a un especialista si hay riesgo de embarazo en mi pareja.
4. He sido informado y comprendo que si mi pareja queda embarazada mientras estoy tomando **MIZARID** o nada más interrumpir o terminar el tratamiento, debo informar a mi médico inmediatamente.
5. Entiendo que antes de iniciar el tratamiento con **MIZARID** y durante el mismo me harán análisis de sangre con regularidad (cada semana durante las primeras 8 semanas de tratamiento y después por lo menos cada 2 meses. Para el caso de pacientes con mieloma múltiple, se debe realizar recuentos sanguíneo completos cada 2 semanas durante las primeras 12 semanas y luego en forma mensual.), ya que **MIZARID** puede causar una disminución de las células de la sangre que ayudan a luchar contra las infecciones y de las que participan en la coagulación. Según los resultados de mis análisis de sangre y de mi estado general mi médico puede ajustar la dosis o parar el tratamiento.
6. Mi médico me ha preguntado si he tenido alguna vez trombos (coágulos de sangre) en las venas ya que durante el tratamiento tengo un mayor riesgo de presentar coágulos de sangre en las venas. También me ha preguntado si tengo alguna enfermedad de los riñones por si hubiera que ajustar la dosis.
7. Entiendo que no debo donar semen durante el tratamiento y hasta 4 semanas después de finalizarlo, ni compartir las cápsulas de **MIZARID** con nadie más.
8. Comprendo que al final del tratamiento debo devolver al farmacéutico todas las cápsulas sin usar.
9. He leído detenidamente el folleto de información para los pacientes y el prospecto de **MIZARID** que me ha dado mi médico. Me comprometo a consultarle cualquier duda al respecto.

**El médico ha contestado a todas mis preguntas sobre MIZARID, he comprendido los peligros y las precauciones necesarias asociadas al uso de MIZARID y acepto el riesgo y las medidas de precaución que debo seguir y que se me han explicado en detalle. Asimismo me ha entregado una copia de este formulario.**

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Sello y firma del médico:** \_\_\_\_\_