

## טופס עבור תוצאות בדיקת היריון (לנשים פוריות - WCBP)

יש לשלוח טופס זה לניאופרם במקביל לרישום המרשם!

תאריך: \_\_\_\_\_

שם התרופה :

תלידומיד (Thalidomide) BMS

אימנוביד (Pomalidomide)

ראשי תיבות המטופלת (שם פרטי, שם משפחה): \_\_\_\_\_

ת.ז. של המטופלת : \_\_\_\_\_

תאריך הביקור	תאריך קבלת תוצאה שלילית בבדיקת היריון	אישור שאין סיכון להיריון (נא לסמן)	תאריך מתן המרשם לתלידומיד /BMS אימנוביד	חתימת רושם המרשם

שם המוסד הרפואי: \_\_\_\_\_

שם רושם המרשם: \_\_\_\_\_

מספר הרישיון של הרופא: \_\_\_\_\_

יש לשלוח ניאופרם לפקס מס' 03-9264237 או באמצעות הדוא"ל לכתובת: [RMP@neopharmisrael.com](mailto:RMP@neopharmisrael.com)