

RevMate®(レブラミド®・ポマリスト® 適正管理手順)

## C 女性事前連絡書

下記の通り、連絡いたします

		連絡日	年 月 日		
処方 医師名	(フリガナ: )	施設名	(診療科名: )		
<b>患者情報</b>					
RevMate®の患者 ID	8	1	0	0	
2 剤目の投与薬剤	レブラミド®		ポマリスト®		
2 剤目の薬剤の 初回処方予定日	年		月		日

この連絡書の対象となる患者は以下の全てに該当する方です

- RevMate®に既に登録されている患者
- C 女性
- 2 剤目の薬剤(レブラミド®, ポマリスト®)による治療を初めて受ける患者

この連絡書は、2 剤目の薬剤の初回処方の前に RevMate®センターに送付してください

----- RevMate®センター記入欄 -----

担当者名: \_\_\_\_\_