

I understand that lenalidomide will be prescribed ONLY for me. I must not share it with ANYONE	Patient Initials
I know that I cannot donate blood while taking lenalidomide (including dose interruptions) and for at least 7 days after stopping treatment.	Patient Initials
I understand that I must return any unused lenalidomide capsules to my pharmacy at the end of my treatment.	Patient Initials
I have been informed about the thromboembolic risk and possible requirement to take thromboprophylaxis during treatment with lenalidomide	Patient Initials

المريض: يرجى القراءة بعناية ووضع الأحرف الأولى من اسمك في المربع المجاور إذا كنت توافق على البيان

أدرك أنه من المتوقع حدوث عيوب خلقية خطيرة عند استخدام الليناليدوميد. وقد حذرنى الطبيب المعالج من أن أي جنين معرض لخطر كبير للإصابة بعيوب خلقية، وقد يموت إذا كانت المرأة حاملاً أو أصبحت حاملاً أثناء تناول ليناليدوميد.	الأحرف الأولى من اسم المريض
لقد قرأت دليل معلومات المريض الخاص بالليناليدوميد وأفهم محتوياته، بما في ذلك المعلومات حول المشاكل الصحية المهمة الأخرى المحتملة (الآثار الجانبية) المرتبطة باستخدام الليناليدوميد.	الأحرف الأولى من اسم المريض
أفهم أن الليناليدوميد سيتم وصفه لي فقط. لا يجب أن أشاركها مع أي شخص	الأحرف الأولى من اسم المريض
أعلم أنني لا أستطيع التبرع بالدم أثناء تناول الليناليدوميد (بما في ذلك انقطاع الجرعة) ولمدة ٧ أيام على الأقل بعد التوقف عن العلاج	الأحرف الأولى من اسم المريض
فهم أنه يجب عليّ إرجاع أي كبسولات ليناليدوميد غير مستخدمة إلى الصيدلية في نهاية العلاج	الأحرف الأولى من اسم المريض
لقد تم إبلاغي بمخاطر الانصمام الخثاري والمتطلبات المحتملة لتناول العلاج الوقائي للجلطات أثناء العلاج بالليناليدوميد	الأحرف الأولى من اسم المريض

Patient Confirmation

I confirm that I understand and will comply with the requirements of the lenalidomide Pregnancy Prevention Programme, and I agree that my prescriber can initiate my treatment with lenalidomide.

I understand that in order to receive lenalidomide as part of the medical care and treatment that I am receiving, my personal data will be collected and processed by my treating healthcare institution and the relevant Marketing Authorisation Holder (i.e. the supplier of lenalidomide) and their processors, HealthBeacon plc and Pharmicare Group Ltd. I further understand that my personal data will be

processed and retained in accordance with applicable laws and regulations, as described in the relevant party's privacy policy, which can be found on their website.

Patient Signature:		Date:	DD	MM	YYYY

Statement of the interpreter (where appropriate)

I have interpreted the information above to the patient/parent to the best of my ability and in a way in which I believe she/he/they can understand. She/he/they agree to follow the necessary precautions to prevent an unborn child being exposed to lenalidomide.

Interpreter Signature:		Name: (print)		Date:	DD	MM	YYYY

Alpha Pharma Drug Safety at the number/address below:

Tell: +966 11 293 1773 Ext: 111

Mobile: +966 53 040 8553 (24/7)

Alpha Pharma Industries, Al-Akaria 2nd, 4th floor, office No. 422, Olaya street, Al-Olaya district, Riyadh, Saudi Arabia.

Email: pv@alphapharma.com.sa

Website: <https://alphapharma.com.sa/>

Or

The National Pharmacovigilance Centre (NPC)

Call Center: 19999

E-mail: npc.drug@sfda.gov.sa

Online: <https://ade.sfda.gov.sa>

This document has been reviewed and approved by The Saudi Food and Drug Authority