

**Template BCNU (carmustine) vooruitbestelling apotheek UMCG en  
Bewustzijnsverklaring**

*NB bestelling bij Red Swan Pharma op naam. Houd rekening met levertijd bij planning  
BEAM.*

*Zo mogelijk bestellen bij stamcelferese.*  
**Fax 2 pagina's naar apotheek: 3614098**  
**Origineel versturen naar HP:EB70**

Ponsplaatje / Naam patiënt

**Indicatie voor BCNU:**

- Autologe stamceltransplantatie maligne lymfoom (300 mg/m<sup>2</sup>)
- Anders nl (toelichting, bv Mini-BEAM) : .....

**Geplande opname datum** : .....  
(± toedieningsdatum, definitief recept volgt op dag voor toediening)

**Gewicht (kg)** : .....

**Lengte (cm)** : .....

**Lichaamsoppervlakte (m<sup>2</sup>)** : .....  
(BSA = (W<sup>0.425</sup> x H<sup>0.725</sup>) x 0.007184)

**Dosis BCNU per behandeling** : .....

**Frequentie BCNUbehandeling(en)** : .....

**Benodigde vials** : .....  
(100mg per vial)

**Naam Arts** : .....

**Paraaf/Handtekening** : .....

Template BCNU bestelling Red Swan en bewustzijnsverklaring website Hematologie  
MG 09-09-13





## Artsenverklaring

bestemd om te overleggen aan de fabrikant, groothandelaar of apotheekhoudende voor het afleveren van een geneesmiddel waarvoor geen vergunning voor het in de handel brengen in Nederland is verleend.

Deze verklaring is tot één jaar na dagtekening geldig.

### Ondergetekende,

Naam en voorletter(s) arts \_\_\_\_\_

Specialisme, Indien van toepassing \_\_\_\_\_

Werkadres \_\_\_\_\_

Postcode en plaats \_\_\_\_\_

Postcode	Plaats
_____	_____

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Verklaart hierbij

a) dat zijn/haar patiënt(en),

Codenummer \_\_\_\_\_

lijdende aan

\_\_\_\_\_

niet adequaat kan worden behandeld met in Nederland in de handel toegelaten geneesmiddelen en hij/zij derhalve voor de behandeling van zijn/haar patiënt(en) wenst te beschikken over het geneesmiddel

Naam geneesmiddel en sterkte \_\_\_\_\_

- b) dat hij/zij zich ervan bewust is dat voor het af te leveren geneesmiddel geen vergunning voor het in de handel brengen in Nederland is verleend, en derhalve in Nederland niet is getoetst aan criteria betreffende werkzaamheid, schadelijkheid en deugdelijkheid zoals gesteld in de Geneesmiddelenwet en dat hij/zij zijn/haar patiënt(en) of diens wettelijke vertegenwoordiger nadrukkelijk daarop heeft gewezen.
- c) dat hij/zij de volle verantwoordelijkheid draagt en het risico aanvaardt voor de behandeling van zijn/haar patiënt(en) met dit geneesmiddel.
- d) dat hij/zij alle hem/haar bekend geworden ziekteverschijnselen die ontstaan tijdens de behandeling en waarbij het vermoeden bestaat dat het geneesmiddel de oorzaak is, zal melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg; dat hij/zij dit op geanonimiseerde wijze zal melden, zodanig dat de privacy van de betrokken patiënt zal zijn gewaarborgd.

Plaats

\_\_\_\_\_

Handtekening en datum

\_\_\_\_\_

Dag	Maand	Jaar
_____	_____	_____



umcg