

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES GROSSESSES

Principe Actif	Principes / Nom commercial	Indication	Prescription initiale	Renouvellement	Contraception						Test de grossesse			Accord de soin	Carnet patient	Délivrance		
					Femme				Homme		avant de débuter le traitement	pendant le traitement	après l'arrêt du traitement			Délais entre prescription et délivrance	Vérification test de grossesse négatif	Autre vérification
					Nombre de contraception	Avant de débuter le traitement	Pendant le traitement	Après l'arrêt du traitement	Pendant le traitement	Après l'arrêt du traitement								
Acitrétine	Soriatane®	Acnée	Dermatologue	Non restreint	1 ou 2	1 mois	oui	3 ans	-	-	3 jours	tous les mois	tous les 1 à 3 mois pendant 3 ans	oui	oui	7 jours	oui	Carte patient
Alitrétinoïne	Toctino®	Acnée	Dermatologue	Non restreint	1 ou 2	-	oui	1 mois	-	-	3 jours	tous les mois	1 mois	oui	oui	7 jours	oui	Carte patient - accord de soin
Hydroxycarbamide	Siklos® Hydrea®	<ul style="list-style-type: none"> • Leucémies myéloïdes chroniques • Polyglobulie primitive • Thrombocytémie essentielle • Splénomégalie myéloïde, • Myélofibroses 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalière • Hématologue • Pédiatrie • Médecine interne 	Non restreint	1	-	oui	6 mois	oui	3 mois	-	-	-	-	oui (pour patients drépano- cytaires)	3 mois	-	-
Isotrétinoïne	<ul style="list-style-type: none"> • Acnetrait® • Contracne® • Curacne® • Procuta® 	Acnée	Dermatologue	Non restreint	1 ou 2	1 mois avant	oui	1 mois	-	-	3 jours	tous les mois	1 mois	oui	oui	7 jours	oui	Carte patient - Accord de soin
Lénalidomide	Revlimid®	<ul style="list-style-type: none"> • Myélome multiple • Syndrome yérodysplasique • Lymphome à cellule du manteaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalière • Hématologue • Oncologue • Cancérologue 	Restreint	1	4 semaines	oui	1 mois	oui	7 jours	3 jours	tous les mois	4 semaines	oui	oui	7 jours	oui	Carte patient - Accord de soin
Mitoxantrone	<ul style="list-style-type: none"> • Novantrone® • Elsep® 	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer du sein métastatique • Lymphome non hodgkinien • LMA, LMC • SEP • Cancer prostate 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalière • Hématologue • Neurologue • Cancérologue 	Restreint	1	-	oui	4 mois	oui	6 mois	oui	oui	-	oui	-	-	-	Accord de soin
Mycophénolate	<ul style="list-style-type: none"> • Cellcept® • Myfortic® 	Greffe (rejet)	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalière • Spécialiste transplantation 	Non restreint	1 ou 2	-	oui	6 semaines	oui	6 semaines	oui (2 tests négatif à 10j d'intervalle)	oui si écart ou oubli de la contraception	-	oui	-	-	-	Accord de soin

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES GROSSESSES

Principe Actif	Principes / Nom commercial	Indication	Prescription initiale	Renouvellement	Contraception						Test de grossesse			Accord de soin	Carnet patient	Délivrance		
					Femme				Homme		avant de débuter le traitement	pendant le traitement	après l'arrêt du traitement			Délais entre prescription et délivrance	Vérification test de grossesse négatif	Autre vérification
					Nombre de contraception	Avant de débuter le traitement	Pendant le traitement	Après l'arrêt du traitement	Pendant le traitement	Après l'arrêt du traitement								
Pomalidomide	Imnovid®	Myélome multiple	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Hématologue Oncologue Cancérologue 	Restreint	1	4 semaines	oui	1 mois	oui	7 jours	3 jours	tous les mois	4 semaines	oui	oui	7 jours	oui	Carte patient - Accord de soin
Ribavirine	<ul style="list-style-type: none"> Copegus® Rebetol® 	Hépatite C	<ul style="list-style-type: none"> Hépto/gastro-entérologue, Infectiologue, Médecine interne 	Non restreint	1	-	oui	4 mois	oui	7 mois	oui	tous les mois	4 mois	-	-	3 mois	Le prescripteur doit mentionner : <ul style="list-style-type: none"> qu'il a donné aux patients comme aux patientes toutes les informations concernant les risques liés à une éventuelle grossesse ; pour les femmes traitées, que les tests de grossesse du RCP ont été réalisés. 	
Sonidégib	Odomzo®	Carcinome basocellulaire	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Cancérologue, Oncologue médical 	Restreint	2	-	oui	20 mois	oui	6 mois	7 jours	tous les mois	tous les mois pendant 20 mois ?	formulaire de vérification des conseils	oui	7 jours	oui dans les 7 jours précédant la délivrance	-
Térfilunomide	Aubagio®	Sclérose en plaque	Neurologue	Restreint	1	-	oui	8 mois à 2 ans	-	-	oui	-	-	-	oui	-	-	-
Thalidomide	Thalidomide®	Myélome multiple	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Hématologue Oncologue Cancérologue 	Restreint	1	4 semaines	oui	1 mois	oui	7 jours	3 jours	tous les mois	4 semaines	oui	oui	7 jours	oui	Carnet patient Accord de soin
Tolvaptan	Jinarc®	Polykystose rénale autosomique dominante	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Néphrologue 	Restreint	1	-	oui	1 mois	-	-	-	-	-	-	oui	-	3 mois	-
Valproate	<ul style="list-style-type: none"> Depakine® Dépakine chrono® Micropakine® Depakote® 	<ul style="list-style-type: none"> Epilepsie Bipolarité 	Psychiatre	Non restreint	1 ou 2	-	oui	1 mois	-	-	oui	-	1 mois	oui	oui	3 mois	oui	Carnet patient Accord de soin
Valpromide (voir valproate)																		
Vismodégib	Erivedge®	Carcinome basocellulaire	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Oncologue 	Restreint	2	-	oui	2 ans	oui	2 mois	7 jours	tous les mois	-	oui	oui	-	oui dans les 7 jours	Carnet patient

➔ Pour vous informer sur les médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

➔ Pour déclarer tout effet indésirable : www.signalement-sante.gouv.fr