

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES GROSSESSES

| Principe Actif | Principes / Nom commercial | Indication | Prescription initiale | Renouvellement | Contraception | | | | | | Test de grossesse | | | Accord de soin | Guide/ carnet patient | Délivrance | | |
|-------------------------|----------------------------------|--|--|------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------|---|---|---|
| | | | | | Femme | | | | Homme | | avant de débuter le traitement | pendant le traitement | après l'arrêt du traitement | | | Délais max 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® | <ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis sévère • Dermatoses (troubles sévères de la kératinisation) • Lichen-plan sévère | Dermatologue | Non restreint pendant 1 an | 1 ou 2 | 1 mois | oui | 3 ans | - | - | ≤ 3 jours | tous les mois (recommandé) | tous les 1 à 3 mois pendant 3 ans | oui | oui | 7 jours | oui | <ul style="list-style-type: none"> • Carnet patient • Délivrance < 30 j • Contraception • Compléter la carte patiente • Avertir de la CI de la prise d'alcool |
| Alitrétinoïne | Toctino® | Eczéma chronique sévère des mains | Dermatologue | Non restreint pendant 6 mois | 1 ou 2 | 1 mois | oui | 1 mois | - | - | ≤ 3 jours | tous les mois (recommandé) | 1 mois | oui | oui | 7 jours | oui | <ul style="list-style-type: none"> • Carnet patient • Délivrance < 30 J • Contraception • Compléter la carte patiente |
| Fingolimod | Gylenia® | Sclérose en plaque | <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalière • Neurologue • Neuropédiatre | Non restreint pendant 1 an | 1 | - | oui | 2 mois | - | - | oui | oui | - | - | oui | - | - | - |
| Hydroxycarbamide | Hydrea® | <ul style="list-style-type: none"> • Leucémies myéloïdes chroniques • Polyglobulie primitive • Thrombocytémie essentielle | | Non restreint | 1 | - | oui | 6 mois | oui | 3 mois | oui | - | - | - | | 3 mois | - | - |
| | Siklos® | <ul style="list-style-type: none"> • Prévention des crises vaso-occlusives douloureuses récurrentes dans la drépanocytose symptomatique | <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalière • Hématologue • Pédiatrie • Médecine interne | Non restreint pendant 1 an | 1 | - | oui | 6 mois | oui | 3 mois | oui | - | - | - | oui | 3 mois | - | - |

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 max 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 | | | | | | | | |
| Isotrétinoïne | <ul style="list-style-type: none"> Acnetrait® Gé Contracne® Gé Curacne® Gé Procuta® Gé | Acné | <ul style="list-style-type: none"> Dermatologue | Non restreint | 1 ou 2 | 1 mois | oui | 1 mois | - | - | ≤ 3 jours | tous les mois | 1 mois | oui | oui | 7 jours | oui | <ul style="list-style-type: none"> Carnet patient Délivrance < 30 j Contraception Compléter la carte patiente |
| Lénalidomide | Revlimid® | <ul style="list-style-type: none"> Myélome multiple Syndrome myelodysplasique Lymphome à cellule du manteaux Lymphome folliculaire | <ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Hématologue Oncologue Cancérologue | Restreint | 1 | 1 mois | oui | 1 mois | oui | 7 jours | ≤ 3 jours | tous les mois | 1 mois | oui | oui | 7 jours | oui | <ul style="list-style-type: none"> Carnet patient Si prescription initiale : Fiche de recueil à compléter et signer |
| Mitoxantrone | <ul style="list-style-type: none"> Novantrone® Eelsep® | <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 Oncologue | Restreint | 1 | - | oui | 4 mois | oui | 6 mois | oui | oui | - | oui | oui | - | - | - |
| Mycophénolate | <ul style="list-style-type: none"> Cellcept® Myfortic® | Greffe (rejet) | Hospitalière | <ul style="list-style-type: none"> pendant 6 mois pour Cellcept® pendant 1 an pour Myfortic® | 1 ou 2 | - | oui | 6 semaines | oui | 3 mois | oui (2 tests négatif à 8-10 j d'intervalle) | oui | - | oui | oui | - | - | <ul style="list-style-type: none"> Accord de soin |
| Pomalidomide | Imnovid® | Myélome multiple | <ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Hématologue Oncologue Cancérologue | Restreint | 1 | 1 mois | oui | 1 mois | oui | 7 jours | ≤ 3 jours | tous les mois | 1 mois | oui | oui | 7 jours | oui | <ul style="list-style-type: none"> Carnet patient Accord de soin |
| 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 | - | formulaire de vérification des conseils | oui | 7 jours | oui | <ul style="list-style-type: none"> Carnet patient |
| Térfunomide | Aubagio® | Sclérose en plaque | Neurologue | Restreint | 1 | - | oui | Oui si quantité de teriflunomide dans le sang > 0,02mg/l 8 mois à 2 ans | - | - | oui | - | - | - | - | - | - | - |

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 max 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 | | | | | | | | |
| Thalidomide | Thalidomide® | Myélome multiple | <ul style="list-style-type: none"> Hospitalière Hématologue Oncologue Cancérologue | Restreint | 1 | 1 mois | oui | 1 mois | oui | 7 jours | ≤ 3 jours | tous les mois | 1 mois | oui | oui | 7 jours | oui | <ul style="list-style-type: none"> Carnet patient Accord de soin |
| Valproate | <ul style="list-style-type: none"> Depakine® Dépakine chrono® Micropakine® Depakote® | • Epilepsie | <ul style="list-style-type: none"> Neurologue Pédiatre | Non restreint pendant 1 an | 1 ou 2 | - | oui | 1 mois | - | - | oui | tous les mois (recommandé) | 1 mois | oui | oui | - | oui | <ul style="list-style-type: none"> Accord de soin Ordonnance du spécialiste et ordonnance de renouvellement Remettre la carte patiente S'assurer que la patiente a la brochure patiente |
| Valpromide et Divalproate de sodium | <ul style="list-style-type: none"> Depakote® Depamide® | • Bipolarité | <ul style="list-style-type: none"> Psychiatre Pédiatre | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 7 jours | oui | <ul style="list-style-type: none"> 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

