Formulär för exponering under graviditet – Utfall vid graviditet

Pomalidomide Zentiva

Datum _____/_____/_____ ☐ Initial rapport ☐ Uppföljningsrapport ☐ Slutrapport

Dag Månad År

Rapportör

Namn:	Land:	Fax:
Adress:		Telefon:
		e-post:

☐ Läkare (specialitet_____) ☐ Sjuksköterska

☐ Farmaceut ☐ Annan hälso- och sjukvårdpersonal:_____

Uppgifter om kvinnlig patient

Initialer	Födelsedatum	Ålder
	Dag/Månad/År	

Typ av exponering

	Ja	Nej
Kvinnlig patient	☐	☐
Kvinnlig partner till manlig patient	☐	☐
Annat:		

Utfall vid graviditet

Lever det nyfödda barnet: Nej ☐ Ja ☐

Om svaret är nej, specificera: _____

Spontan abort (≤ 20 veckor): Nej ☐ Ja ☐ Datum: _____/_____/_____

Fullgångenhet:_____ Veckor med amnorré_____

Histopatologi: Nej ☐ Ja ☐ Missbildning: Nej ☐ Ja ☐ Okänt ☐

Uppgifter:_____

Planerad abort: Nej ☐ Ja ☐ Datum: _____/_____/_____

Fullgångenhet:_____ Veckor med amnorré_____

Histopatologi: Nej ☐ Ja ☐ Missbildning: Nej ☐ Ja ☐ Okänt ☐

Uppgifter:_____

Skäl till abort (dvs. personliga, medicinska, diagnostiserad fostermissbildning…):_____

Dött in utero (> 20 veckor): Nej ☐ Ja ☐ Datum: _____/_____/_____

Fullgångenhet:_____ Veckor med amnorré_____

Histopatologi: Nej ☐ Ja ☐ Missbildning: Nej ☐ Ja ☐ Okänt ☐

Uppgifter:_____

Möjlig förklaring (specificera):_____

Utomkvedshavandeskap: Nej ☐ Ja ☐

Förlossning (fylls i endast om det nyfödda barnet lever)

Datum: _____/_____/_____ Fullgångenhet:_____ Veckor med amnorré_____

Förlossningssätt: Normal ☐ Igångsatt ☐ Kejsarsnitt ☐

Fosternöd: Nej ☐ Ja ☐ Kronisk ☐ Akut ☐

Normal placenta: Nej ☐ Ja ☐ Okänt ☐

Kommentarer:_____

_____

Det nyfödda barnets tillstånd

Kön: F ☐ M ☐ Vikt (g):_____ Längd (cm): _____ Huvudomkrets: _____ cm

Prematur: Nej ☐ Ja ☐ Dysmatur: Nej ☐ Ja ☐ Apgar: 1 min 5 min 10 min okänt ☐

Missbildning: Nej ☐ Ja ☐ Specificera:_____

Neonatal utfall: Nej ☐ Ja ☐ Specificera:_____

Omedelbart utfall:_____ Spädbarnet följs upp av:_____

Amning: Nej ☐ Ja ☐

Ytterligare information

GRAVIDITETENS FÖRLOPP

Exponering(ar): Tobak ☐ _____ cig/dag Alkohol ☐ _____ mängd/dag

Drogberoende ☐ Specificera:_____

Övrigt:_____

Sjukdom(ar) under graviditeten: Högt blodtryck ☐ Diabetes ☐ Infektion ☐

Specificera:_____

Övrigt:_____

Sjukhusvård under graviditeten: Nej ☐ Ja ☐ Orsak(er):_____

Antenatal diagnos: Nej ☐ Ja ☐

Ultraljud: datum och resultat:_____ Bifoga resultaten av ultraljudsundersökningen

Övriga specifika tester-resultat:_____

Retarderad tillväxt in utero: Nej ☐ Ja ☐

Doseringsinformation för Pomalidomide Zentiva:

Indikation för pomalidomidanvändning:_____

Behandlingens startdatum (dag/månad/år)	Behandlings slutdatum (dag/månad/år)	Daglig dos:	Batch nr
_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____mg	

Läkemedel som tagits under graviditeten

Generiskt läkemedelsnamn/ administreringsväg	Dos och frekvens	Behandlingens startdatum (dag/månad/år)	Behandlingens slutdatum (dag/månad/år)	Indikation för användning av läkemedel
		_____/_____/_____		
		_____/_____/_____		
		_____/_____/_____		
		_____/_____/_____		
		_____/_____/_____		

Anmälan

Namn:_____ Titel:_____

Datum: _____/_____/_____

Dag Månad År

Namntecking:_____

Detta formulär måste returneras till:

E-post: PV-Sweden@zentiva.com

Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Vårdpersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning. Mer information om rapportering av biverkningar finns i produktresumén, vänligen se fass.se (ingång vårdpersonal).