

INICIJALNI OBRAZAC ZA PRIJAVU TRUDNOĆE

Molimo ispunite dani obrazac za prijavu trudnoće bolesnice (ili partnerice muškog bolesnika) liječene pomalidomidom. Pošaljite ga, molimo, odmah u Drug Safety Europe faksom ili e-mailom na dolje navedene broj/adresu.

Jako je važno da pratimo sve prijavljene trudnoće, sukladno Celgenovom sustavu praćenja sigurnosti. Celgene će stoga u narednom razdoblju biti u kontaktu s Vama radi dodatnih informacija i cijenit će Vašu suradnju prilikom pružanja svih relevantnih podataka o izloženosti fetusa pomalidomidu.

Drug Safety Europe, Celgene:

Telefon: +41 (0)32 729 84 76

Fax: +41 (0)32 729 84 09

Email: drugsafetyeurope@celgene.com

PODACI O PRIJAVITELJU

Ime prijavitelja:	Zanimanje:
Adresa:	Grad, država:
Broj telefona:	E-mail adresa:
Broj faksa:	

PODACI O ŽENSKOM BOLESNIKU

Inicijali:	Dob:	Datum rođenja:
------------	------	----------------

ŽENSKI PARTNER MUŠKOG BOLESNIKA

Inicijali:	Dob:	Datum rođenja:
------------	------	----------------

PODACI O LIJEČENJU BOLESNIKA: POMALIDOMID KAPSULE

Broj serije:	Rok trajanja:	Dnevna doza:
Datum početka:		Datum završetka:
Indikacija:		

PRAĆENJE TRUDNOĆE

	Da	Ne
Je li bolesnica bila kod porodničara/ginekologa		

Ako jest, molimo navesti njegovo/njezino ime i kontakt podatke

RAZLOG NEUSPJEHA PROGRAMA ZA PREVENCIJU TRUDNOĆE		
	Da	Ne
Je li pogrešno procijenjeno kako bolesnica nema reproduktivni potencijal?		
Ako jest, navedite razlog zbog kojeg se smatralo kako nema reproduktivnog potencijala		
a. Dob \geq 50 godina i prirodno amenoreična \geq 1 godinu		
b. Prerano zatajivanje rada jajnika koje je potvrdio specijalist ginekologije		
c. Prethodna obostrana salpingoovariektomija ili histerektomija		
d. XY genotip, Turnerov sindrom, ageneza maternice		
Naznačite korištenu kontracepciju na popisu	Da	Ne
a. Kontracepcijski implantat		
b. Intrauterini sustav za otpuštanje levonorgestrela (IUS)		
c. Depo preparat medroksiprogesteron acetata		
d. Sterilizacija jajovoda (naznačiti u nastavku)		
I. Podvezivanje jajovoda		
II. Dijatermija jajovoda		
III. Presijecanje jajovoda		
e. Spolni odnos isključivo s partnerom koji je podvrgnut vazektomiji; Vazektomija se mora potvrditi dvjema negativnim analizama sperme		
f. Tablete samog progesterona koje inhibiraju ovulaciju (npr. dezogestrel)		
g. Ostale kontracepcijske tablete koje sadrže samo progesteron		
h. Kombinirane oralne kontracepcijske tablete		
i. Ostale intrauterine naprave		
j. Prezervativi		
k. Cervikalna kapa		
l. Kontracepcijska spužva		
m. Prekinuti snošaj (coitus interruptus)		
n. Ostalo		
o. Nijedna		
Naznačiti na listi razlog za neuspjeh kontracepcije	Da	Ne
Propušteno uzimanje oralnog kontraceptiva		
Ostali lijekovi ili trenutna bolest u interakciji s oralnim kontraceptivom		
Identificiran neuspjeh pri metodi barijere		
Nepoznato		
Je li se bolesnica obvezala na apsolutnu i neprekinutu apstinenciju?		
Je li se pomalidomid počeo koristiti iako je bolesnica već bila trudna?		
Je li bolesnica primila edukacijske materijale o potencijalnom riziku od teratogenosti?		
Je li bolesnica primila upute o potrebi izbjegavanja trudnoće?		

PRENATALNI PODACI

Datum posljednje menstruacije:

Predviđeni datum poroda:

Test trudnoće

Referentni raspon

Datum

Kvalitativna analiza urina

Kvantitativna analiza seruma

PORODNIČKA ANAMNEZA

Godina trudnoće

Ishod

Spontani pobačaj

Terapeutski pobačaj

Živorodenče

Mrtvorođenče

Gestacijska dob

Vrsta poroda

PRIROĐENE MANE

Da

Ne

Nepoznato

Je li bilo prirodnih mana u ijednoj trudnoći?

Postoji li obiteljska anamneza ijedne prirodne mane?

Ako je odgovor pozitivan na ikoje gore navedeno pitanje, molimo navesti pojedinosti

MAJČINA ANAMNEZA

Stanje

Datum

Liječenje

Ishod

Od

Do

TRENUTNO MAJČINO ZDRAVSTVENO STANJE		
Stanje	Od	Liječenje

MAJČINA POVIJEST DRUŠTVENIH NAVIKA		
	Da	Ne
Alkohol		
Ako da, navesti dnevnu količinu:		
Cigarete		
Ako da, navesti dnevnu količinu:		
Intravenska ili rekreativna konzumacija droga		
Ako da, navesti pojedinosti		

MAJČINO UZIMANJE LIJEKOVA ZA VRIJEME TRUDNOĆE I ČETIRI TJEDNA PRIJE POČETKA TRUDNOĆE (uključujući biljne, alternativne, bezreceptne lijekove i dodatke prehrani)			
Lijek/liječenje	Datum početka	Datum završetka/ nastavak	Indikacija

IME OSOBE KOJA JE ISPUNILA OBRAZAC	POTPIS	DATUM