

# UPITNIK ZA BOLESNIKE KOJI PRIJAVLJUJU IZLAGANJE LIJEKU KOJI SADRŽI MIKOFENOLAT (MOFETILMIKOFENOLAT, MIKOFENOLATNA KISELINA ILI NATRIJEV MIKOFENOLAT) TIJEKOM TRUDNOĆE

## Ispunjava Nositelj odobrenja

Globalni  
AER broj:

Lokalni ID  
broj slučaja:

## VAŽNO

**Ako o potvrđenoj trudnoći još niste obavijestili svog liječnika,  
UČINITE TO ODMAH!**

Molimo Vas da ispunite ovaj kratak upitnik, u kojem samo morate označiti svoje odgovore. Ispunjavanje ovog upitnika neće utjecati na liječenje koje primete od svog liječnika. Informacije koje nam pružite čuvat će se u tajnosti i neće sadržavati nijedan podatak koji bi Vas mogao identificirati, a pomoći će nam da osiguramo što sigurniju primjenu lijeka koji sadrži mikofenolat.

Molimo Vas da odgovorite na sva pitanja i vratite upitnik svom liječniku koji Vam je propisao lijek.

Vraćanjem ovog upitnika dajete svoj pristanak da se Vaši anonimni podaci koje dostavite unesu u računalnu bazu podataka nositelja odobrenja. Hvala Vam što ste odvojili malo vremena da ispunite ovaj upitnik.

## 1. Informacije o vama

<p>Jeste li muškarac ili žena?</p> <p><input type="checkbox"/> Muškarac    <input type="checkbox"/> Žena</p>	<p>Jeste li planirali ovu trudnoću?</p> <p><input type="checkbox"/> Da    <input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>Kada ste započeli liječenje lijekom koji sadrži mikofenolat?</p> <p><input type="checkbox"/> Datum: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sjećam se</p>
--	---	---

## 2. Informacije koje ste dobili prije početka liječenja lijekom koji sadrži mikofenolat

<p><b>a.</b> Jeste li dobili Vodič za bolesnike o dodatnim mjerama opreza pri primjeni lijekova koji sadrže mikofenolat s informacijama o rizicima od spontanog pobačaja i prirodnih mana?</p>	<p><input type="checkbox"/> Da</p>	<p><input type="checkbox"/> Ne</p>	<p><input type="checkbox"/> Ne sjećam se</p>
<p><b>b. Samo za žene:</b> je li Vam rečeno da ne smijete zatrudnjeti i da morate koristiti učinkovitu kontracepciju tijekom liječenja lijekom koji sadrži mikofenolat i još 6 tjedana po njegovu završetku?</p>	<p><input type="checkbox"/> Da</p>	<p><input type="checkbox"/> Ne</p>	<p><input type="checkbox"/> Ne sjećam se</p>

## 2. Informacije koje ste dobili prije početka liječenja lijekom koji sadrži mikofenolat

<p><b>c. Samo za muškarce:</b> je li Vam rečeno da ne smijete začeti dijete i da morate koristiti učinkovitu kontracepciju tijekom liječenja lijekom koji sadrži mikofenolat i još 90 dana po njegovu završetku?</p>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ne sjećam se
<p><b>d.</b> Jeste li dobili informacije o tome koju biste kontracepciju trebali koristiti?</p>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ne sjećam se
<p><b>e.</b> Ako ste na pitanje a, b, c ili d odgovorili 'Da', možete li nam reći tko Vam je dao te informacije? (označite sve primjenjive odgovore)</p>	<input type="checkbox"/> Liječnik koji mi je propisao lijek koji sadrži mikofenolat <input type="checkbox"/> Ginekolog <input type="checkbox"/> Savjetnik za kontracepciju, savjetnik za planiranje obitelji, zdravstveni djelatnik koji me educirao o liječenju, medicinska sestra, ljekarnik <input type="checkbox"/> Drugo (navedite) <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Ne sjećam se		

### 3. Informacije o testiranju na trudnoću i kontracepciji (kontrola začeca)

<p><b>a. Samo za žene:</b> jeste li imali negativan nalaz testa na trudnoću prije nego što ste počeli koristiti lijek koji sadrži mikofenolat?</p>	<p><input type="checkbox"/> Da, jedan negativan nalaz</p> <p><input type="checkbox"/> Da, dva negativna nalaza</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sjećam se</p>
<p><b>b.</b> Jeste li koristili dva oblika kontracepcije dok ste koristili lijek koji sadrži mikofenolat i još 6 tjedana (žene) odnosno 90 tjedana (muškarci) po završetku liječenja?</p>	<p><input type="checkbox"/> Da</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sjećam se</p>
<p><b>c.</b> Ako ste koristili kontracepciju, koju ste vrstu kontracepcije odabrali? Označite sve primjenjivo.</p>	<p><input type="checkbox"/> Unutarmaternični uložak ili spiralu</p> <p><input type="checkbox"/> Hormonski (progestagenski) unutarmaternični uložak</p> <p><input type="checkbox"/> Hormone (kontracepcijske pilule, hormonski flasteri, injekcije ili implantati)</p> <p><input type="checkbox"/> Sterilizaciju (podvezivanje jajovoda, histerektomija [odstranjenje maternice], vazektomija [podvezivanje sjemenovoda])</p> <p><input type="checkbox"/> Prezervativ sa spermicidom</p> <p><input type="checkbox"/> Prezervativ bez spermicida</p> <p><input type="checkbox"/> Dijafragmu sa spermicidom</p> <p><input type="checkbox"/> Dijafragmu bez spermicida</p> <p><input type="checkbox"/> Apstinenciju</p> <p><input type="checkbox"/> Cervikalnu kapu</p> <p><input type="checkbox"/> Spužvu</p> <p><input type="checkbox"/> Prekinuti snošaj</p> <p><input type="checkbox"/> Drugo (navedite) _____</p>

#### 4. Informacije o spolnom odnosu bez učinkovite kontracepcije (kontrola začeca)

<p><b>a. Jeste li Vi ili Vaš/a partner/partnerica imali spolni odnos bez učinkovite kontracepcije u bilo kojem trenutku tijekom liječenja ili unutar 6 tjedana (žene) odnosno 90 dana (muškarci) nakon posljednje doze lijeka koji sadrži mikofenolat?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Da – odgovorite i na 5. pitanje</p> <p><input type="checkbox"/> Ne – zanemarite 5. pitanje</p>
--	--

#### 5. Razlog zašto se kontracepcija (kontrola začeca) nije koristila ili nije bila učinkovita

<p><b>a. Označite sve primjenjivo</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Zaboravio/la sam koristiti kontracepciju</p> <p><input type="checkbox"/> Kontracepcija je zatajila (npr. puknuo je prezervativ)</p> <p><input type="checkbox"/> Prestao/la sam koristiti kontracepciju. Objasnite zašto:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Nisam znao/la da moram koristiti kontracepciju</p> <p><input type="checkbox"/> Drugo (navedite)</p> <hr/>
---	--

**Hvala Vam što ste ispunili ovaj upitnik.**

**Ispunio/la:**

Samo  
inicijali:

Datum: