

Obrazac za prijavu trudnoće bolesnice (ili partnerice muškog bolesnika) liječene lenalidomidom ▼

Molimo ispunite i pošaljite odmah ovaj obrazac Agenciji za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) faksom ili e-mailom na dolje navedeni broj/adresu.

Od neizmjerne važnosti je praćenje izloženosti žena reproduktivne dobi lenalidomidu, stoga Vas HALMED može kontaktirati za dodatne podatke i iznimno će cijeniti Vašu suradnju prilikom pružanja svih relevantnih podataka.

Agencija za lijekove i medicinske proizvode

Ksaverska cesta 4

10000 Zagreb

Faks: 01/ 48 84 110

E-mail: nuspojave@halmed.hr

▼ Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek. Upute za prijavljivanje dostupne su na www.halmed.hr.

PODACI O PRIJAVITELJU

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

PODACI O ŽENSKOM BOLESNIKU

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

ŽENSKI PARTNER MUŠKOG BOLESNIKA

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

PODACI O LIJEKU KORIŠTENOM U LIJEČENJU BOLESNIKA

Naziv lijeka (trgovački):		
Broj serije:	Rok trajanja:	Dnevna doza:
Datum početka primjene:		Datum kraja primjene:
Indikacija:		

PRAĆENJE TRUDNOĆE

Je li bolesnica bila kod porodničara/ginekologa	Da	Ne
--	-----------	-----------

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

RAZLOG NEUSPJEHA PROGRAMA ZA PREVENCIJU TRUDNOĆE

Je li pogrešno procijenjeno kako bolesnica nema reproduktivni potencijal?	Da	Ne
--	-----------	-----------

Ako jest, označite razlog zbog kojeg se smatralo kako nema reproduktivnog potencijala:

a. Dob \geq 50 godina i prirodno amenoreična \geq 1 godinu		
b. Prerano zatajavanje rada jajnika koje je potvrdio specijalist ginekologije		
c. Prethodna obostrana salpingoovariektomija ili histerektomija		
d. XY genotip, Turnerov sindrom, ageneza maternice		

Naznačite korištenu kontracepciju s popisa:	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		
I. Kontracepcijska spužva		
m. Prekinuti snošaj (coitus interruptus)		
n. Ostalo (molim vas navedite što)		
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 potpunu i neprekinutu apstinenciju?		
Je li se lenalidomid 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	Mrtvorodenče	Gestacijska dob	Vrsta poroda

PRIROĐENE MANE

	Da	Ne	Nepoznato
Je li bilo prirodnih mana u ijednoj trudnoći?			
Postoji li obiteljska anamneza ijedne prirodene mane?			

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

MAJČINA ANAMNEZA

Stanje	Datum od:	Datum do:	Liječenje	Ishod

TREKUTNO 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

--	--	--