

Upitnik za bolesnike koji prijavljuju izlaganje lijeku koji sadrži mikofenolat (mofetilmikofenolat, mikofenolatna kiselina ili natrijev mikofenolat) tijekom trudnoće

Ispunjava Nositelj odobrenja

Globalni AER broj: _____

Lokani 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

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

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

a. 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?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ne sjećam se
b. Samo za žene: je li Vam rečeno da ne smijete	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ne sjećam se

zatrudnjeti i da morate koristiti učinkovitu kontracepciju tijekom liječenja lijekom koji sadrži mikofenolat i još 6 tjedana po njegovu završetku?			
c. Samo za muškarce: 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?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ne sjećam se
d. Jeste li dobili informacije o tome koju biste kontracepciju trebali koristiti?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ne sjećam se
e. 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)	<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) _____ <input type="checkbox"/> Ne sjećam se		

3. Informacije o testiranju na trudnoću i kontracepciji (kontroli začeća)	
a. Samo za žene: jeste li imali negativan nalaz testa na trudnoću prije nego što ste počeli koristiti lijek koji sadrži mikofenolat?	<input type="checkbox"/> Da, jedan negativan nalaz <input type="checkbox"/> Da, dva negativna nalaza <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne sjećam se
b. Jeste li koristili dva oblika kontracepcije dok ste koristili lijek koji sadrži mikofenolat i još 6 tjedana (žene) odnosno 90 dana (muškarci) po završetku liječenja?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne sjećam se
c. Ako ste koristili kontracepciju, koju ste vrstu kontracepcije odabrali? Označite sve primjenjivo.	<input type="checkbox"/> Unutarmaternični uložak ili spiralu <input type="checkbox"/> Hormonski (progestagenski) unutarmaternični uložak <input type="checkbox"/> Hormone (kontracepcijske pilule, hormonski flasteri, injekcije ili implantati) <input type="checkbox"/> Sterilizaciju (podvezivanje jajovoda, histerektomija [odstranjenje maternice], vazektomija [podvezivanje sjemenovoda])

	<input type="checkbox"/> Prezervativ sa spermicidom <input type="checkbox"/> Prezervativ bez spermicida <input type="checkbox"/> Dijafragmu sa spermicidom <input type="checkbox"/> Dijafragmu bez spermicida <input type="checkbox"/> Apstinenciju <input type="checkbox"/> Cervikalnu kapu <input type="checkbox"/> Spužvu <input type="checkbox"/> Prekinuti snošaj <input type="checkbox"/> Drugo (navedite)_____
--	---

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

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

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

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

Hvala Vam što ste ispunili ovaj upitnik.

Ispunio/la:

Samo inicijali:

Datum: