

# 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

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 <i>Vodič za bolesnike o dodatnim mjerama opreza pri primjeni lijekova koji sadrže mikofenolat s informacijama o rizicima od spontanog pobačaja i prirođenih mana?</i>	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ne sjećam se
--	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

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

b. <b>Samo za žene:</b> je li Vam rečeno da ne smijete zatrudnjati i da morate koristiti učinkovitu kontracepciju tijekom liječenja lijekom koji sadrži mikofenolat i još 6 tjedana po njegovu završetku?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ne sjećam se
c. <b>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?	<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 (kontrola začeća)

a. <b>Samo za žene:</b> 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 tjedana (muškarci) po završetku liječenja?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne sjećam se

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

c. Ako ste koristili kontracepciju, koju ste vrstu kontracepcije odabrali? Označite sve primjenjivo.

- Unutarmaternični uložak ili spiralu
- Hormonski (progestagenski) unutarmaternični uložak
- Hormone (kontracepcijske pilule, hormonski flasteri, injekcije ili implantati)
- Sterilizaciju (podvezivanje jajovoda, histerektomija [odstranjenje maternice], vazektomija [podvezivanje sjemenovoda])
- Prezervativ sa spermicidom
- Prezervativ bez spermicida
- Dijafragmu sa spermicidom
- Dijafragmu bez spermicida
- Apstinenciju
- Cervikalnu kapu
- Spužvu
- Prekinuti snošaj
- Drugo (navedite) \_\_\_\_\_

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

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?

- Da – odgovorite i na 5. pitanje
- Ne – zanemarite 5. pitanje

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

a. Označite sve primjenjivo

- Zaboravio/la sam koristiti kontracepciju
- Kontracepcija je zatajila (npr. puknuo je prezervativ)
- Prestao/la sam koristiti kontracepciju. Objasnite zašto:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nisam znao/la da moram koristiti kontracepciju
- Drugo (navedite) \_\_\_\_\_

Hvala Vam što ste ispunili ovaj upitnik.

<b>Ispunio/la:</b>			
Samo inicijali:		Datum:	