

Skjema for eksponering under graviditet – Resultat av graviditet

Imnovid®

Dato ____/____/____
Dag Måned År

Innledende rapport Oppfølgingsrapport Sluttrapport

Rapportskriver

Navn: _____ Land: _____ Faks: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

e-post: _____

Lege (spesialitet _____) Sykepleier Apoteker Annen helsemedarbeider: _____

Pasientdata for kvinne

Eksponeringstype

Initialer:

--	--	--

Fødselsdato:

--	--	--

Dag Måned År

Alder:

Ja

Nei

Kvinnelig pasient

Kvinnelig partner til mannlig pasient

Annet: _____

Resultat av graviditet

Lever det nyfødte barnet: Nei Ja

Hvis nei, vennligst spesifiser: _____

Spontanabort: Nei Ja Dato: ____/____/____ Termin: _____ Uker amenoré _____

Histopatologi: Nei Ja

Misdannelse: Nei Ja

Detaljer: _____

Frivillig abort: Nei Ja Dato: ____/____/____ Termin: _____ Uker amenoré _____ Histopatologi: Nei Ja

Misdannelse: Nei Ja

Detaljer: _____

Grunn til abort (dvs. personlig, medisinsk, misdannelsediagnose i foster...): _____

Død in utero: Nei Ja Dato: ____/____/____ Termin: _____ Uker amenoré _____ Histopatologi: Nei Ja

Misdannelse: Nei Ja

Detaljer: _____

Mulig forklaring (spesifiser): _____

Ektopisk svangerskap: Nei Ja

Forløsning (fyller bare ut hvis det nyfødte barnet lever)

Dato: ____/____/____ Termin: _____ Uker amenoré _____

Forløsningsmåte: Normal Indusert Keisersnitt

Føtal distress: Nei Ja Kronisk Akutt

Normal placenta: Nei Ja Ukjent

Kommentarer: _____

Tilstanden til nyfødt

Kjønn: Hunkj. Hankj. Vekt (g): _____ Høyde (cm): _____ H.C.: _____ cm

Prematur: Nei Ja Dysmatur: Nei Ja Apgar: 1 min _____ 5 min _____

Misdannelse: Nei Ja Spesifiser: _____

Neonatal patologi: Nei Ja Spesifiser: _____

Umiddelbart resultat: _____ Barn følges opp av: _____

Amming: Nei Ja

Tilleggsinformasjon

GRAVIDITETENS FORLØP

Eksposering(er): Tobakk _____ sig./dag Alkohol _____ mengde/dag Rekreasjonsmidler Spesifiser: _____

Annet: _____

Sykdom(mer) under graviditet: Høyt blodtrykk Diabetes Infeksjon Spesifiser: _____

Annet: _____

Sykehusinnleggelse under graviditet: Nei Ja Grunn(er): _____

Antenatal diagnose: Nei Ja

Ekkografi: datoer og resultater: _____ Legg ved resultatene av ekkografien

Andre spesifiserte tester – resultater: _____

Forsinket vekst i livmor: Nei Ja

DOSERINGSOPPLYSNINGER FOR IMNOVID®: Indikasjon for bruk av pomalidomid: _____

Dato for behandlingsstart (Dag / Måned / År)	Dato for behandlingsavslutning (Dag / Måned / År)	Daglig dose:	Batch-nr.
____/____/____	____/____/____	_____ mg	

Legemidler tatt under graviditet

Generisk navn på legemiddel / vei	Dose og hyppighet	Dato for behandlingsstart (Dag / Måned / År)	Dato for behandlingsavslutning (Dag / Måned / År)	Indikasjon for bruk av legemiddel
		____/____/____		
		____/____/____		
		____/____/____		
		____/____/____		
		____/____/____		
		____/____/____		
		____/____/____		

Varsling

Navn: _____ Tittel: _____

Dato: ____/____/____
Dag Måned År

Underskrift: _____

Dette skjemaet skal returneres til:

Celgene AB
Nordic Drug Safety
Kista Science Tower
164 51 Kista, Sverige

Telefon: +46 8 703 16 00
Fax: +46 8 703 16 03
E-post: drugsafety-nordic@celgene.com