







## RO-GNE: OBRAZAC KOMPANIJE ROCHE ZA PRIJAVU IZLOŽENOSTI LEKU U TRUDNOĆI (Roche Pregnancy Report Form)

### SAMO ZA ROCHE

Datum prijema u Roche (dd-mm-gggg): \_\_\_\_\_ Lokalni br: \_\_\_\_\_ MCN: \_\_\_\_\_  
Vrsta prijave:    Prospektivna     Retrospektivna     Inicijalna prijava     Naknadna prijava

## 8 ISHOD POROĐAJA

### Ishod novorođenčeta/ploda:

Broj novorođenčadi / plodova  (u slučaju više od 1 novorođenčeta/ploda, popunite delove 8-11, koji sadrže podatke o novorođenčetu, na zasebnom obrascu)

Normalan

Abnormalan (defekti na rođenju/kongenitalne malformacije i drugi događaji primećeni kod fetusa/bebe)

Navesti detalje

---

---

---

Nepoznat

Smrt

Datum       Uzrok smrti   
                                 dd                                    MMM                                    gggg

Rezultati obdukcije: \_\_\_\_\_

## 9 PODACI O NOVOROĐENČETU

### Pol:

Muško:

### Težina:

funta

kg

### Dužina:

inča

cm

### Obim glave:

inča

cm

### Gestacijska starost pri porođaju/pobačaju

(nedelja)

### Apgar skor:

1 minut

5 minuta

10 minuta

### Da li je postojalo nešto neuobičajeno vezano za trudnoću ili njen ishod?

Da

Ne

Ako da,  
navedite šta

---

---

---

### Kontrolni pregled deteta

datum:     
                                 dd                                    MMM                                    gggg

Nalazi:

---

---

---

---

---

---

Pedijatar (u slučaju upućivanja); Ime: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_  
Broj faksa: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_



## RO-GNE: OBRAZAC KOMPANIJE ROCHE ZA PRIJAVU IZLOŽENOSTI LEKU U TRUDNOĆI (Roche Pregnancy Report Form)

### SAMO ZA ROCHE

Datum prijema u Roche (dd-mm-gggg): \_\_\_\_\_ Lokalni br: \_\_\_\_\_ MCN: \_\_\_\_\_  
Vrsta prijave:    Prospektivna     Retrospektivna     Inicijalna prijava     Naknadna prijava

**10**

### RELEVANTNI LABORATORIJSKI TESTOVI/PROCEDURE ZA DETE/PLOD

Testovi	Rezultati Navesti jedinice i normalne vrednosti po potrebi	Nalazi se očekuju	Datum dd-MMM-gggg
1.			
2.			
3.			
4.			

**11**

### DODATNI PODACI (Nastavite na priloženom Obrascu za dodatne podatke, ako je potrebno)

Potpis izvestioca: \_\_\_\_\_

Datum  
dd-MMM-gggg

--	--	--

Ime kontakt osobe za dalje informacije o trudnoći: (ako se razlikuje od Izvestioca)

---

---

Kontakt adresa: \_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_

---

Broj faksa: \_\_\_\_\_

---

E-mail: \_\_\_\_\_

Ako obrazac popunjava predstavnik kompanije Roche, pobrinite se da navedeni podaci odražavaju mišljenje izvestioca

### SAMO ZA ROCHE

Potpis:

--

Datum  
dd-MMM-gggg

--	--	--

IME ŠTAMPANIM SLOVIMA:

--