

OBRAZAC ZA PRIJAVU TRUDNOĆE

Molimo Vas da popunite ovaj obrazac za prijavu trudnoće kod pacijentkinje (ili partnerke muškog pacijenta) na terapiji lekom Lenalidomide Alvogen i pošaljete ga što pre nosiocu dozvole za lek – Alvogen Pharma d.o.o. na dole navedene podatke. Ove slučajeve treba pažljivo pratiti i **prijaviti i ishod trudnoće**. Kompanija Alvogen Pharma d.o.o. ceni Vaše učešće u prikupljanju svih bitnih informacija o izloženosti fetusa lenalidomidu i biće u kontaktu sa Vama kako bi se prikupili dodatni podaci.

Molimo Vas da obrazac pošaljete odmah faksom ili e-mailom kompaniji Alvogen Pharma d.o.o.

Alvogen Pharma d.o.o. Milentija popovića 5V 11070 Novi Beograd	Tel: Fax: Mob: E-mail:	011 41 46 470 011 41 46 479 060 32 21 753 office@alvogen.rs
---	---------------------------------	--

PODACI O IZVEŠTAČU

Ime:	Zanimanje:
Adresa:	Grad, država:
Telefon: Faks:	E-mail adresa:

PODACI O PACIJENTU

ID pacijentkinje:	Starost:	Datum rođenja:
-------------------	----------	----------------

PODACI O PARTNERKI MUŠKOG PACIJENTA

ID:	Starost:	Datum rođenja:
-----	----------	----------------

INFORMACIJE O TERAPIJI: LENALIDOMID KAPSULE

Broj serije:	Rok upotrebe:	Doza:	Frekvencija:
Datum početka lečenja:		Datum prestanka lečenja:	
Indikacija:			

PRAĆENJE TRUDNOĆE

Da li je trudnoća potvrđena?	DA	NE
Procenjena gestaciona starost:	Procenjeni datum porođaja:	
Da li se pacijentkinja već obraćala akušeru/ginekologu?	DA	NE
Ako jeste, navedite ime lekara i kontakt detalje.		

PRAĆENJE TRUDNOĆE

	DA	NE
Da li se greškom smatralo da pacijentkinja nema reproduktivni potencijal		
Ako jeste, navesti razlog zbog koga se smatralo da pacijentkinja nema reproduktivni potencijal		
a. Godine \geq 50 godina i prirodna amenoreja* \geq 1 godine * amenoreja kao posledica terapije kancera ili tokom laktacije ne isključuje reproduktivni potencijal		
b. Preвременa insuficijencija jajnika koju je potvrdio ginekolog specijalista		
c. Prethodna bilateralna salpingo-ooforektomija ili histerektomija		
d. XY genotip, Turnerov sindrom, agenezija uterusa		
U donjoj listi naznačiti korišćenu kontracepciju	DA	NE
a. Implant		
b. Intrauterini dostavni sistem sa levonorgestrelom (IUS)		
c. Medroksiprogesteron acetat depo		
d. Sterilizacija jajovoda (specificirati)		
I. Ligacija jajovoda		
II. Dijatermija jajovoda		
III. Postavljanje klipsa na jajovod		
e. Seksualni odnos samo sa muškim partnerom koji je imao vazektomiju; vazektomija mora biti potvrđena sa dve negativne analize sperme		
f. Pilule za inhibiciju ovulacije koje sadrže samo progesteron (npr. dezogestrel)		
g. Druge pilule koje sadrže samo progesteron		
h. Kombinovane oralne pilule za kontracepciju		
i. Drugi intrauterini ulošci		
j. Kondomi		
k. Cervikalna kapa		
I. Kontraceptivni sunderi		
m. Prekinut snošaj		
n. Drugo		
o. Nijedno		

U donjoj listi naznačiti razlog za neuspelu kontracepciju	DA	NE
Propust u uzimanju oralne kontracepcije		
Drugi lekovi ili bolesti su intereagovali sa oralnim kontraceptivima		
Neuspešna barijerna kontracepcija (npr. kondom, dijafragma)		
Nije poznato		
Da li se pacijentkinja obavezala na potpunu i kontinuiranu apstinenciju od seksualnih odnosa?		
Da li se sa primenom lenalidomida započelo iako je pacijentkinja već bila trudna?		
Da li je pacijent dobio edukativni materijal o potencijalnom riziku od teratogenosti?		
Da li je pacijent dobio instrukcije o potrebi sprečavanja trudnoće?		

PRENATALNE INFORMACIJE

Datum poslednje menstruacije:		Očekivani datum porođaja:	
Test na trudnoću	Referentni opseg	Datum	
Kvalitativni test urina			
Kvantitativni test seruma			

POROĐAJNA ANAMNEZA

Godina trudnoće	Ishodi					
	Spontani pobačaj	Terapeutski pobačaj	Rođenje živog deteta	Rođenje mrtvog deteta	Gestacijska starost	Vrsta porođaja

UROĐENI DEFEKTI

	DA	NE	Nije poznato
Da li je bilo nekih urođenih defekata u bilo kojoj trudnoći?			
Da li postoje bilo kakve kongenitalne anomalije u porodičnoj anamnezi?			
Ako je odgovor na bilo koje od ovih pitanja potvrđan, molimo navedite detalje.			

ANAMNEZA TRUDNICE

Stanje	Datumi		Lečenje	Ishod
	Od	Do		

TREKUTNO STANJE TRUDNICE

Stanje	Od	Lečenje

SOCIJALNA ANMNEZA TRUDNICE

	DA	NE
Alkohol		
Ako je odgovor potvrđan, količina/jedinice na dan:		
Duvan		
Ako je odgovor potvrđan, količina na dan:		
Intravenska ili rekreativna upotreba droga		
Ako je odgovor potvrđan, navesti detalje		

LEKOVI KOJE JE TRUDNICA KORISTILA U TOKU TRUDNOĆE I 4 NEDELJE PRE TRUDNOĆE (uključujući biljne, alternativne i lekove bez recepta i dodatke ishrani)

Lekovi/lečenje	Datum početka korišćenja	Datum prestanka/ nastavka korišćenja	Indikacija

Ime osobe koja je popunila obrazac

Potpis

Datum