

6 Lenalidomid ▼ Program prevencije trudnoće

OBRAZAC ZA PRIJAVU TRUDNOĆE

Molimo Vas da popunite ovaj obrazac za prijavu trudnoće kod pacijentkinje (ili partnerke muškog pacijenta) na terapiji lekom Revlimid (lenalidomid) i pošaljete ga što pre nosiocu dozvole za lek, Benifarm d.o.o. (zastupnik kompanije Celgene) na dole navedene podatke. Ove slučajeve treba pažljivo pratiti i prijaviti i ishod trudnoće. Kompanija Celgene i Benifarm d.o.o. cene 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 Benifarm d.o.o.

Benifarm d.o.o.

Vlade Ilića 1
11060 Beograd

Tel/faks: 011 3470 063
Mob: 063 437 007

E-mail: phv@benifarm.com

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.

RAZLOG ZA NEUSPEH PROGRAMA PREVENCIJE 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 ≥ 50 godina i prirodna amenoreja* ≥ 1 godine

* amenoreja kao posledica terapije kancera ili tokom laktacije ne isključuje reproduktivni potencijal

b. Prevrmena insuficijencija jajnika koju je potvrdio ginekolog specijalista

c. Prethodna bilateralna salpingo-ooforektomija ili histerektomija

d. XY genotip, Turnerov sindrom, agenezija uterusu

U donjoj listi naznačiti korišćenu kontracepciju

DA

NE

a. Implant

b. Intrauterini dostavni sistem sa levonorgestrelom (IUS)

c. Medroksiprogesteron acetat depo

d. Sterilizacija jaovoda (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

l. Kontraceptivni sunđer

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 material 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	Ishod					
	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 ANAMNEZA 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

4

Potpis:

Datum:

Verzija 3, maj 2019.