

Thalidomide 100 mg
Формулар за исход од бременост
(Пациент или партнер на пациентот)

Овој формулар мора да се врати кај носителот на одобрение за ставање на лекот во промет. Ве молиме погледнете ги контакт информациите подолу.

ЗАБЕЛЕШКА: Ве молиме користете ги првите три букви од месецот (на пр.: ЈАН)

Податоци за лицето што пријавува	
Име на лицето што пријавува:	
Адреса:	
Град, Држава:	
Телефонски број:	
Број на факс:	

Информации за пациентот					
Матичен број:		Датум на раѓање		Етничка припадност	

Информации за партнерот на пациентот		
О Не е применливо		Етничка припадност

Исход од бременост		
Датум на раѓање		Гестациска возраст при породување

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Нормална | <input type="radio"/> Не | <input type="radio"/> Да |
| Со провокации | <input type="radio"/> Не | <input type="radio"/> Да |
| Царски рез | <input type="radio"/> Не | <input type="radio"/> Да |
| Ектопична бременост | <input type="radio"/> Не | <input type="radio"/> Да |
| Елективно прекинување | <input type="radio"/> Не | <input type="radio"/> Да |
| Спонтан абортус (≤20 недели) | <input type="radio"/> Не | <input type="radio"/> Да |
| Фетална смрт / мртвороденче (>20 недели) | <input type="radio"/> Не | <input type="radio"/> Да |
| Дали продуктите на зачувувањето беа испитани? | <input type="radio"/> Не | <input type="radio"/> Да |

Датум:	
1 недела од последна менструација	

Ако Да, дали фетусот Не Да Непознато е нормален

Ако Не, опишете подолу:

--

Акушерски информации			
Компликации за време на бременост	<input type="radio"/> Не	<input type="radio"/> Да	Ако Да, наведете:
Компликации за време на пораѓај	<input type="radio"/> Не	<input type="radio"/> Да	Ако Да, наведете:
Постпартални компликации	<input type="radio"/> Не	<input type="radio"/> Да	Ако Да, наведете:

Фетален исход			
Живо, здраво новороденче	<input type="radio"/> Не	<input type="radio"/> Да	
Фетален дистрес	<input type="radio"/> Не	<input type="radio"/> Да	
Интраутерина ретардација на растот	<input type="radio"/> Не	<input type="radio"/> Да	
Неонатална компликација	<input type="radio"/> Не	<input type="radio"/> Да	Ако Да, наведете:
Дали е забележан вроден дефект	<input type="radio"/> Не	<input type="radio"/> Да	Ако Да, наведете:

Пол Машки Женски Тежина при раѓање _____ Кг Должина _____ cm

Резултат од агар 1 min: _____ 5 min: _____ 10 min: _____ Непознато



Thalidomide 100 mg
Формулар за исход од бременост
(Пациент или партнер на пациентот)

Овој формулар мора да се врати кај носителот на одобрение за ставање на лекот во промет. Ве молиме погледнете ги контакт информациите подолу.

ЗАБЕЛЕШКА: Ве молиме користете ги првите три букви од месецот (на пр.: ЈАН)

Потпис на лицето кое го пополнува формуларот			
Потпис:		Датум:	

Известување за приватност на податоци за безбедност на лекови

Вашите лични податоци ќе бидат обработени од страна на носителот на одобрението за ставање на лекот во промет и неговите подружници низ целиот свет, во обем и за онолку долго колку што е потребно, за целите на усогласување со законските обврски за безбедност на лековите и за цели на складирање. Доколку имате какви било прашања, ве молиме контактирајте го носителот на одобрението за ставање на лекот во промет:

ФАРМА ТРЕЈД доел, Ул. Антон Попов бр. 1/1-3, 1000 Скопје, Р. С. Македонија
Контакт лице: Марија Гулева, Одговорно лице за фармаковигиланца
Тел/Факс: +389 2 3298 782
Моб: +389 78 338 676
E-mail: marija@farmatrejd.com.mk

Потпис на лицето што пријавува: (задолжително)	
Потпис:	Датум на потпишување:

Ви благодариме што ни дадовте информации што ќе ни помогнат во нашата посветеност на безбедноста на пациентите.

