

Thalidomide 100 mg
Формулар за пријавување на бременост

Извештајот за бременост мора ВЕДНАШ да се испрати до надлежниот тим за медицински информации

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)

Датум на утврдување:

Податоци за пациентот

Пол на пациентот: Машки Женски

- Бременост на пациентка
- Бременост на партнер на пациент
- Изложеност на бремена жена (целосни информации подолу)

Иницијали на бремената жена:		Датум на раѓање:		Возраст:	
Иницијали на пациентот: (кој го прима лекот)		Датум на раѓање:		Возраст:	
Име на лекот:					
Датум на прием на прва доза:		Датум на прием на последна доза:			

Бременоста е иницијално дијагностицирана со:

- Тест за домашна употреба преку урина
- Тест во амбуланта преку урина
- Серумски тест

Датум кога направен тест за бременост Датум на последна менструација

Жената моментално: недели бремена ИЛИ не е бремена Непознато

Одлучено е жената да: ја износи бременоста целосно ја прекине бременоста

Очекуван термин на пораѓај:	
Датум на извршен или предвиден прекин	

Информации за пријавувачот

Име на пријавувачот:		Датум:	
Контакт информации на пријавувачот / Адреса:		Потпис на пријавувачот:	
Е-пошта на пријавувачот:		Тел. број на пријавувачот:	

Информации за лекарот кој го препишал лекот на пациентот

Име на лекарот:		Датум:	
Контакт информации на лекарот / Адреса:		Потпис на лекарот:	
Е-пошта на лекарот:		Тел. број на лекарот:	
		Број на факс на лекарот:	



Thalidomide 100 mg
Формулар за пријавување на бременост

Извештајот за бременост мора **ВЕДНАШ** да се испрати до надлежниот тим за медицински информации

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)

Основни информации за причината за бременост

Дали за пациентката е погрешно одлучено дека не е со репродуктивен потенцијал? Да Не

Доколку е така, наведете ја причината зошто смета дека не е со репродуктивен потенцијал

- Возраст ≥ 50 години и природно има аменореја* за ≥ 1 година Да Не
*аменореја по терапија на карцином или за време на доење не го исклучува репродуктивниот потенцијал
- Прематурна дисфункција на јајниците потврдено од специјалист гинеколог Да Не
- Претходна билатерална салпинго-оофоректомија или хистеректомија Да Не
- XY генотип, Тарнеров синдром, агенезија на матка Да Не

Наведете од листата подолу што е кој тип на контрацепција е користен

- Имплант Да Не
- Интраутерин систем што ослободува levonorgestrel (IUS) Да Не
- Депо medroxyprogesterone acetate Да Не
- Стерилизација на јајцеводи (наведете подолу) Да Не
 - Тубарна лигација
 - Тубарна дијатермија Да Не
 - Тубарно клипсирање Да Не
- Сексуален однос само со вазектомизиран машки партнер; вазектомијата мора биде потврдена со две негативни анализи на семена течност Да Не
- Таблети кои содржат само progesterone за инхибирање на овулацијата (пр. desogestrel) Да Не
- Останати таблети кои содржат progesterone Да Не
- Комбинирана орална контрацептивна таблета Да Не
- Останати интраутерини медицински средства Да Не
- Презервативи Да Не
- Цервикална капа Да Не
- Сунѓер Да Не
- Прекинат однос Да Не
- Друго Да Не
- Ништо Да Не

Наведете ја од список подолу причината за неуспех на контрацепцијата

- Пропуштена орална контрацепција Да Не
- Други лекови или интеркурентна болест која е во интеракција со оралната контрацепција Да Не
- Идентификуван пропуст при употреба на бариерна контрацепција Да Не
- Непознато Да Не
- Дали пациентот е посветен на целосна и континуирана апстиненција Да Не
- Дали терапијата со лекот беше започната и покрај тоа што пациентката беше бремена Да Не
- Дали пациент прими образовни материјали за потенцијален ризик од тератогеност Да Не
- Дали пациент прими инструкции за потребата да се избегнува бременост Да Не



Thalidomide 100 mg
Формулар за пријавување на бременост

Извештајот за бременост мора ВЕДНАШ да се испрати до надлежниот тим за медицински информации

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)

Основни информации за причината за бременост			
Пренатални информации			
Датум на последна менструација		Очекуван датум на породување:	

Тест за бременост			
Квалитативен преку урина	Референтен опсег	Датум:	
Серумски квантитативен	Референтен опсег	Датум:	

Претходна породилна историја						
Година на исход од бременост					Гестациска возраст	Начин на пораѓај
	<input type="radio"/> Спонтан абортус	<input type="radio"/> Терапевтски абортус	<input type="radio"/> Живо	<input type="radio"/> Мртвороденче		
	<input type="radio"/> Спонтан абортус	<input type="radio"/> Терапевтски абортус	<input type="radio"/> Живо	<input type="radio"/> Мртвороденче		
	<input type="radio"/> Спонтан абортус	<input type="radio"/> Терапевтски абортус	<input type="radio"/> Живо	<input type="radio"/> Мртвороденче		
	<input type="radio"/> Спонтан абортус	<input type="radio"/> Терапевтски абортус	<input type="radio"/> Живо	<input type="radio"/> Мртвороденче		
	<input type="radio"/> Спонтан абортус	<input type="radio"/> Терапевтски абортус	<input type="radio"/> Живо	<input type="radio"/> Мртвороденче		

Дефекти при раѓање			
Дали имало било каков дефект при било која бременост?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не	<input type="radio"/> Непознато
Дали постои семејна историја на конгенитална абнормалност?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не	<input type="radio"/> Непознато
Ако одговорот е ДА за кое било од овие прашања, ве молиме наведете детали подолу:			

Претходна медицинска историја на мајката			
Состојба	Датуми:	Третман	Исход
	Од:		
	До:		
	Од:		
	До:		
	Од:		
	До:		
	Од:		
	До:		



Thalidomide 100 mg
Формулар за пријавување на бременост

Извештајот за бременост мора **ВЕДНАШ** да се испрати до надлежниот тим за медицински информации

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)

Моментална медицинска состојба на мајката		
Состојба	Од	Третман

Социјална историја на мајката					
Алкохол	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не	Цигари	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не	ИВ или рекреативна употреба на дрога	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
Ако Да, количина дневно:		Ако Да, количина дневно:		Ако Да, количина дневно:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Лекови користени од мајката за време на бременост и во последните 4 недели пред бременоста		
Лекови/третман	Датуми:	Индикација
	Датум на почеток:	
	Датум на прекин/продолжување	
	Датум на почеток:	
	Датум на прекин/продолжување	
	Датум на почеток:	
	Датум на прекин/продолжување	
	Датум на почеток:	
	Датум на прекин/продолжување	
	Датум на почеток:	
	Датум на прекин/продолжување	
	Датум на почеток:	
	Датум на прекин/продолжување	
	Датум на почеток:	
	Датум на прекин/продолжување	

Име на лицето кое го пополнува формуларот	
Име:	
Датум	
	Потпис:

Известување за приватност на податоци

Вашите лични податоци ќе бидат обработени од страна на соодветниот носител на одобрение за



Thalidomide 100 mg
Формулар за пријавување на бременост

Извештајот за бременост мора ВЕДНАШ да се испрати до надлежниот тим за медицински информации

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)

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 во врска со употребата на вашите лични податоци, ве молиме контактирајте го соодветниот носител на одобрение за ставање на лекот во промет.

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.