



Образец за пријава на бременост на пациентка Lenalidomide



**Образец за пријава на бременост на пациентка
Lenalidomide**

Ве молиме, пополнете го овој образец за да пријавите бременост кај пациентка (или партнерка на машки пациент) третирани со леналидомид. Ве молиме испратете го веднаш во Алвоген. Деталите за контакт се дадени подолу.

Како дел од системот за наблудување на безбедноста на Алвоген, неопходно е да ги следиме за сите пријавени бремености. Затоа, Алвоген ќе биде во контакт со Вас за дополнителни информации во текот на времето и ќе ја цени вашата соработка за да се обезбеди дека можеме да ги добиеме сите релевантни информации во врска со изложеност на фетусот на леналидомид.

Контакт детали:

Локална канцеларија на Алвоген

Алвоген Пхарма Македонија дооел Гевгелија

Ул.Борис Кидрич бб, 1480 Гевгелија

Tel:+389 34 211 288

24 h Telephone: +389 75 474 637

+ 389 75 464 888

e-mail: Marija.zajkova@alvogen.com

e-mail: Aleksandra.petrovska@alvogen.com



| ИНИЦИЈАЛЕН ОБРАЗЕЦ ЗА ПРИЈАВА НА БРЕМЕНОСТ КАЈ ПАЦИЕНТКА (ИЛИ ПАРТНЕРКА НА ПАЦИЕНТ) ЛЕКУВАН СО ЛЕНЛЕНАЛИДОМИД | | | |
|---|----------------|------------------|----|
| ИНФОРМАЦИИ ЗА ПРИЈАВУВАЧ | | | |
| Име и презиме: | Професија: | | |
| Адреса: | Град, Држава | | |
| Број на телефон: Број на факс: | e-mail адреса: | | |
| ИНФОРМАЦИИ ЗА ПАЦИЕНТКА | | | |
| Иницијали: | Возраст: | Датум на раѓање: | |
| ИНФОРМАЦИИ ЗА ПАРТНЕРКА НА МАШКИ ПАЦИЕНТ | | | |
| Иницијали: | Возраст: | Датум на раѓање: | |
| ИНФОРМАЦИИ ЗА ТРЕТМАН НА ПАЦИЕНТ: LENALIDOMIDE CAPSULE | | | |
| Сер.бр.: | Рок до: | Дозирање: | |
| Датум на почеток на примена : | | Датум на прекин: | |
| Индикација: | | | |
| СЛЕДЕЊЕ НА БРЕМЕНОСТ | | | |
| | | ДА | НЕ |
| Дали пациентката е проследена на преглед кај гинекологот: | | | |
| Ако одговорот е Да, Ве молиме за контакт податоци за гинекологот: | | | |



| ПРИЧИНИ ЗА НЕУСПЕХ НА ПРОГРАМАТА ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА БРЕМЕННОСТ | | |
|---|----|----|
| | ДА | НЕ |
| Дали за пациентката е проценето дека нема репродуктивен потенцијал? | | |
| Ако одговорот е да, наведете разлог за причината: | | |
| a. Возраст ≥ 50 години и со природна аменореа* ≥ 1 година | | |
| b. Предвремено затајување на функцијата на овариумите потврдено од специјалист гинеколог | | |
| c. Претходна билатерална салпинго-оофоректомија или хистеректомија | | |
| d. XY генотип, Тарнеров синдром, агенеза на утерус . | | |
| Индицирајте од листата подолу каков тип на контрацепција е користен: | ДА | НЕ |
| a. Имплант | | |
| b. Интраутерин систем кој ослободува левоноргестрел (IUS) | | |
| c. Депо на медроксипрогестерон ацетат | | |
| d. Стерилизација на јајцеводи (посочете подолу) | | |
| I. Лигатура (подврзување) | | |
| II. Дијатермија на јајцеводи | | |
| III. Поставување на прстени, клипсови | | |
| e. Сексуален однос само со партнер подвргнат на вазектомија (вазектомијата мора да се потврди со две негативни анализи за сперма; | | |
| f. Таблети кои содржат само прогестерон и инхибираат овулација (на пр. десогестрел). | | |
| g. Други таблети кои содржат само прогестерон | | |
| h. Комбинирани орални контрацептивни таблети | | |
| i. Други интраутерини средства | | |
| j. Кондоми | | |
| k. Цервиклна капа | | |
| l. Сунгер | | |
| m. Прекинат однос | | |
| n. Друго | | |
| o. Ништо од наведеното | | |



| Индицирајте од листата подолу причина за неуспех на контрацепцијата: | ДА | НЕ |
|--|----|----|
| Неправилно земање на оралната контрацепција | | |
| Други лекови или присутни болести во интеракција со орална контрацепција | | |
| Идентификуван неуспех со методот на бариера | | |
| Непознато | | |

| | | | | | | |
|---|----------------------|---------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------|
| | ДА | НЕ | | | | |
| Дали пациентот се обрвзал на постојана и апсолутна апстиненција? | | | | | | |
| Дали леналидомидот е воведен и покрај бременоста на пациентката? | | | | | | |
| Дали пациентот добил едукативни материјали за потенцијалниот ризик од тератогеност? | | | | | | |
| Дали пациентот добил инструкции да избегнува бременост? | | | | | | |
| ПРЕНАТАЛНИ ИНФОРМАЦИИ | | | | | | |
| Датум на последна менструација: | | | | | | |
| Очекуван датум на породување: | | | | | | |
| Тест за бременост | Референтни вредности | Датум | | | | |
| Квалитативна анализа на урина | | | | | | |
| Квантитативна анализа на серум | | | | | | |
| ПОРОДИЛНА АНАМНЕЗА | | | | | | |
| Година на бременост | Исход | | | | | |
| | Спонтан абортус | Терапевтски абортус | Живородено | Мртвородено | Гестациска возраст | Тип на породување |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Аномалии при раѓање | | | | | | |
| | ДА | НЕ | Непознато | | | |
| Дали имало аномалии при раѓање во било која бременост? | | | | | | |
| Има ли фамилијарна историја на конгенитални абнормалности? | | | | | | |
| Ако одговорот е да, Ве молиме опишете со повеќе детали подолу | | | | | | |



ПРЕТХОДНА МЕДИЦИНСКА ИСТОРИЈА НА МАЈКАТА

| Состојба | Датум | | ТРЕТМАН | Исход |
|----------|-------|----|---------|-------|
| | Од | До | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

МОМЕНТАЛНА МЕДИЦИНСКА ИСТОРИЈА НА МАЈКАТА

| Состојба | Од | Третман |
|----------|----|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ИСТОРИЈА НА СОЦИЈАЛНИ НАВИКИ НА МАЈКАТА

| | ДА | НЕ |
|--------|----|----|
| Акохол | | |

Ако одговорот е да,
количина.број/ден:



| | | |
|--|--|--|
| Пушење | | |
| Ако е да, количина/ден: | | |
| IV или рекреативна употреба на дрога | | |
| Ако одговорот е да, Ве молиме наведете детали: | | |

МЕДИЦИНСКА МЕДИКАЦИЈА НА МАЈКАТА ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМЕНОСТ И 4 НЕДЕЛИ ПРЕДХОДНО
(вклучително и хербални, алтернативни лекови, лекови без рецепт и додатоци на исхрана)

| Медикација/Третман | Почеток на терапија | Прекин на терапија/се уште на терапија | Индикација |
|--------------------|---------------------|--|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|--|--------|-------|
| Име и презиме /Лице кое ја го пополнува образецот | ПОТПИС | ДАТУМ |
| | | |

