

ОБРАЗЕЦ ЗА ПРИЈАВА НА БРЕМЕНОСТ НА ПАЦИЕНТКА (ИЛИ ПАРТНЕРКА НА ПАЦИЕНТ) ЛЕКУВАНИ СО LENALIDOMID ▼

Ве молиме да го пополните овој образец и веднаш да го испратите до Агенцијата за лекови и медицински средства (МАЛМЕД) Потполнетиот образец доставете го во хартиена форма до архивата на Агенцијата за лекови и медицински средства на адреса: ул. Св. Кирил и Методиј, бр.54, I-ви кат, 1000 Скопје или испратете го електронски на следната е-маил адреса: farmakovigilanca@malmed.gov.mk

Следењето на изложеноста на жени во репродуктивна возраст на леналидомид е од особена важност, поради тоа МАЛМЕД може да ве контактира за дополнителни информации.

ИНФОРМАЦИИ ЗА ПРИЈАВУВАЧОТ

Име и презиме:	Професија:
Адреса:	Град, држава:
Број на телефон:	E-mail адреса:
Број на факс:	

ИНФОРМАЦИИ ЗА ЖЕНСКИОТ ПАЦИЕНТ

Иницијали:	Возраст:	Датум на раѓање:
------------	----------	------------------

ЖЕНСКИ ПАРТНЕР НА МАШКИ ПАЦИЕНТ

Иницијали:	Возраст:	Датум на раѓање:
------------	----------	------------------

ИНФОРМАЦИИ ЗА ЛЕКОТ УПОТРЕБЕН ЗА ЛЕКУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТОТ:

Име на лекот (заштитено):		
Број на серија:	Рок на траење:	Дневна доза:
Датум на почеток на примена:	Датум на крај на примена:	

Индикација:



СЛЕДЕЊЕ НА БРЕМЕНОСТА		
	Да	Не
Дали пациентката била кај својот матичен гинеколог		
Ако да, Ве молиме да го наведете неговото/нејзиното име и податоци за контакт		
ПРИЧИНА ЗА НЕУСПЕХ НА ПРОГРАМАТА ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА БРЕМЕНОСТ		
	Да	Не
Дали е погрешно проценето дека пациентката нема репродуктивен потенцијал?		
Ако да, означете ја причината поради која се сметало дека нема репродуктивен потенцијал:		
a. Возраст ≥ 50 години и природно аменореична ≥ 1 година		
b. Прерано затајување на работата на јајниците потврдено од гинеколог		
c. Претходна двострана салпинго-овариектомија или хистеректомија		
d. ХУ генотип, Тарнеров синдром, агенеза на материцата		
Означете ја користената контрацепција од пописот:	Да	Не
a. Контрацептиски имплант		
b. Интраутерин систем за отпуштање на левоноргестрел (IUS)		
c. Депо препарат на медроксипрогестерон ацетат		
d. Стерилизација на јајоводи (означете):		
I. Подврзување на јајоводи		
II. Дијатермија на јајоводи		
III. Пресекување на јајоводи		
e. Полови односи исклучиво со партнер кој е подвргнат на вазектомија; Вазектомијата мора да се потврди со две негативни анализи на сперма		
f. Таблети прогестерон кои инхибираат овулација (нпр. дезогестрел)		
g. Останати контрацептиски таблети кои содржат само прогестерон		
h. Комбинирани орални контрацептиски таблети		
i. Останати интраутерини помагала		
j. Презервативи		
k. Цервикална капа		
l. Контрацептиски сунѓер		
m. Прекинат однос (<i>coitus interruptus</i>)		
n. Останато (<i>наведете што</i>)		
o. Ниту една		



Назначете во листата причина за неуспех на контрацепцијата		Да	Не				
Пропуштено земање на орален контрацептив							
Останати лекови или моментална болест во интеракција со орален контрацептив							
Идентифициран неуспех кај метода на бариера							
Непознато							
Дали пациентката се обврзала на потполна и непрекината апстиненција?							
Дали леналидомид почнал да се употребува иако пациентката веќе била бремена?							
Дали пациентката примила едукациски материјали за потенцијалниот ризик од тератогеност?							
Дали пациентката примила упатства за потребата од избегнување на бременост?							
ПРЕНАТАЛНИ ИНФОРМАЦИИ							
Датум на последна менструација:		Предвиден 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	Живо родено	Мртво родено	Гестациска возраст	Вид на породување	
ВРОДЕНИ МАНИ							
					Да	Не	Непознато
Дали имало вродени мани во било која бременост?							
Постои ли семејна анамнеза за било која вродена мана?							
Ако е одговорот позитивен на било кое горенаведено прашање, Ве молиме да ги наведете поединостите							



УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ КАЈ МАЈКАТА ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМЕНОСТА И ЧЕТИРИ СЕДМИЦИ ПРЕД ПОЧЕТОК НА БРЕМЕНОСТА (вклучително растителни, алтернативни, безрецептни лекови и додатоци на исхрана)			
Лек/лекување	Датум на почеток	Датум на завршеток/ продолжено	Индикација

ИМЕ НА ЛИЦЕТО КОЕ ГО ПОПОЛНИЛО ОБРАЗЕЦОТ	Потпис	Датум

▼ Овој лек е под дополнително следење. Со тоа се овозможува брзо откривање на нови безбедносни информации. Од здравствените работници се бара да го пријават секој сомнеж на несакани реакции од овој лек. Упатството за пријавување е достапно на <https://malmed.gov.mk/>

