

**ОБРАЗЕЦ ЗА ПРИЈАВА НА БРЕМЕНОСТ
(PREGNANCY REPORT FORM)**

**Известувањето за бременоста треба ВЕДНАШ
да се испратат до одделот за фармаковигиланца
на Алкалоид АД Скопје.
(Pregnancy reports must be sent to Alkaloid AD
Skopje IMMEDIATELY)
Email: pharmacovigilance@Alkaloid.com.mk**

Датум на прием на информацијата*:
(Date of Awareness): ден(dd) месец(mon) година(yyyy)

Пол на пациентот: (Sex of Patient) женски(Female) машки(Male)

Бременост на пациентката (Pregnacy of Patient)

Бременост на партнерката на машкиот пациент или изложеност на трудницата (Пополнете ги долните полиња)
(Pregnancy of Patient's Partner) (or) (Exposure of a Pregnant Female) (Complete information below)

Иницијали на трудницата (И,П): Датум на раѓање: Возраст на пациентот:
Pregnant Woman's Initials(F,L) (Date of Birth) ден(dd) месец(mon) година(yyyy) (Patient's Age)

Иницијали на пациентот (И,П): Датум на раѓање: Возраст на пациентот:
(кој го примил лекот) (Date of Birth) ден(dd) месец(mon) година(yyyy) (Patient's Age)
Patient Initials(F,L): (Who received drug)

Име на лекот: (Drug Name) Датум на прва доза: (Date of First Dose) Датум на последна доза: (Date of Last Dose)
 ден(dd) месец(mon) година(yyyy) ден(dd) месец(mon) година(yyyy)

Бременоста иницијално потврдена со: тест на урина во домашни услови тест на урина во амбуланта серумски
тест
(Pregnancy Initially Diagnosed By): (Home Urine Test) (Office Urine Test) (Serum Test)

Датум на тестот за бременост: Последна менструација:
(Date of Pregnancy Test) ден(dd) месец(mon) година(yyyy) (Last Menstrual Period) ден(dd) месец(mon) година(yyyy)

Жената е моментално: _____ недели бремена ИЛИ не е повеќе бремена непознато
(Female is Currently) (weeks pregnant) (OR) (No longer Pregnant) (Unknown)

Жената одлучи: да го роди детето (пресметан датум на раѓање)
(Female has Elected to): Carry Pregnancy to Term (Expected Date of Delivery) ден(dd) месец(mon) година(yyyy)

да ја прекине бременоста(датум на прекин или се уште не е извршен)
Terminate Pregnancy (Date Performed or Pending) ден(dd) месец(mon) година(yyyy)

Име на пријавувачот:
(Reporter's Name)



Потпис на пријавувачот:
(Reporter's Signature)

Датум:

--	--	--	--	--	--

(Date)

ден(dd) месец(mon) година(уууу)

Информации за контакт / адреса:
(Contact Information / Address)

Телефонски број на
пријавувачот:
(Reporter's Phone Number)

Број на факс на пријавувачот:
(Reporter's Fax Number)

E-mail адреса на пријавувачот:
(Reporter's E-mail Address)

Име на лекарот, кој го препишал лекот на пациентот:
(Patient's Prescribing Physician's Name)

Информации за контакт / адреса:
(Contact Information / Address)

Телефонски број на лекарот, кој го препишал
лекот на пациентот:
(Patient's Prescribing Physician's Phone Number)

Број на факс на лекарот:
(Physician's Fax Number)

E-mail адреса на лекарот:
(Physician's E-mail Address)

*Напомена: Ве молиме наведете ги првите три букви од името на месецот (на пр. ЈАН)

Please use the first three letters of the month (e.g.: JAN)

