

Прашалник за здравствен работник за специфични настани –

Образец за Исход од Бременост

Ве молиме испратете го по меил потполнетиот Образец за Исходот од Бременост до:

Носителот на одобрение за ставање на лекот во промет:

Галинос Фарм ДОО Илинден

Адреса: ул.34 бр.5А

Контакт: Ивана Ставреска

Одговорно лице за фармаковигиланца

Телефон: 071 345 612

e-mail: ivana@galinospharm.com.mk



ЗАБЕЛЕШКА: Ве молиме користете иницијали на пациенти (И, Т, П) и првите три букви од месецот (пр.: ЈАН):

Информации за пријавувач

Име, Презиме

Квалификација на пријавувач

Лекар

Друг здравствен работник (наведете):

*Не-здравствен работник

* Ве молиме наведете ги деталите за контакт на лекарот(ите) кој(и) лекува(ат) за обезбедување дополнителни информации

Телефонски број

e-mail адреса

Институција

Адреса

Информации за пациент:

Иницијали на пациент

Датум на раѓање (ден/месец/година):

Исход од бременост:

Датум на породување (ден.месец.година):

Гестациска возраст при породување:

Тип на породување:

Нормално

Царски рез

Индусирано

Елективен прекин

Датум (ден/месец/година):

Спонтан абортус

Недели од последна менструација:

Мртвородено

Испитување на фетусот (во случај на елективен прекин, спонтан абортус или доцна фетална смрт)

Дали фетусот бил нормален? Да Не Непознато
Ако не, опишете подолу:

Акушерски информации:

Компликации за време на бременост

Не

Да

Ако да, ве молиме наведете:

Компликации за време на породување

Не

Да

Ако да, ве молиме наведете:

Компликации кај мајката по породувањето

Не

Да

Ако да, ве молиме наведете:

Фетален исход

Живо нормално новороденче

Не

Да

Фетален дистрес

Не

Да

Јуни 2023

Верзија 1.0

Интраутерина ретардација на растот		<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да	
Неонатална компликација		<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да	Ако да, ве молиме наведете:
Живородено со вродена абнормалност		<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да	Ако да, ве молиме наведете:
Пол: <input type="checkbox"/> Машко <input type="checkbox"/> Женско	Родилна тежина:		Должина:	
Апгар резултат:	1 минута:	5 минута:	10 минута:	<input type="checkbox"/> Непознато
Сите други информации треба да се наведат овде доколку не е можно да се обезбедат во претходните делови:				
Име, презиме, потпис на лицето кое го потполнило овој образец			Датум(ден/месец/година):	

