

## Cielený doplnkový dotazník k teratogenicite

### Cielený doplnkový dotazník

\*NENECHÁVAJTE, PROSÍM, ŽIADNE POLE NEVYPLNENÉ. V PRÍPADE, ŽE INFOMÁCIA NIE JE K DISPOZÍCII ALEBO NIE JE V PRE KONTEXT RELEVANTNÁ, PRÍSLUŠNÉ POLE PREŠKRTNITE.

#### ÚDAJE O PACIENTOVI:

Iniciály	Vek	Pohlavie	Váha	Výška	Dátum narodenia	Číslo pacienta

V prípade, že sa jedná o ženu, je pacientka tehotná?  Áno / Nie	Pokiaľ áno, uveďte dátum posledného menštruačného cyklu:	Predpokladaný dátum pôrodu:
---	--	-----------------------------

#### LIEKY V PODOZRENÍ

Liek/obchodný názov	Výrobca & č. šarže	Cesta podania	Denná dávka	Indikácia	Dátum začatia liečby	Dátum ukončenia liečby
1.						
2.						

#### DETAILY PODOZRENIA NA NEŽIADUCI ÚČINOK LIEKU

Dátum prvého prejavu nežiaduceho účinku	Dátum vymiznutia nežiaduceho účinku
1)	1)
2)	2)

## Cielený doplnkový dotazník

Popíšte, prosím, nežiaduci účinok a podrobnosti akejkoľvek poskytnutej liečby alebo vyšetrenia	Výsledok: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> zotavenie pacienta</li><li><input type="radio"/> bez zotavenia pacienta</li><li><input type="radio"/> zotavenie s následkami</li><li><input type="radio"/> v rekonvalescencii</li><li><input type="radio"/> fatálny</li><li><input type="radio"/> neznámy</li></ul>
--	---

### ZÁVAŽNOSŤ NEŽIADUCEJ REAKCIE(Í):

Považujete reakciu za závažnú?	<input type="radio"/> Áno	<input type="radio"/> Nie
Ak áno, uveďte dôvod:	<input type="radio"/> ohrozenie života	<input type="radio"/> kongenitálna abnormalita
<input type="radio"/> smrť pacienta	<input type="radio"/> invalidita/nespôsobilosť	<input type="radio"/> medicínsky významný
<input type="radio"/> hospitalizácia /predĺžená hospitalizácia		

### OPATRENIA PRIJATÉ VO VZŤAHU K LIEKOM V PODOZRENÍ

<input type="radio"/> zníženie dávky	<input type="radio"/> zvýšenie dávky	<input type="radio"/> prerušenie terapie liekom	<input type="radio"/> dávka nezmenená
<input type="radio"/> neznáme			

### SÚBEŽNE UŽÍVANÁ MEDIKÁCIA (vrátane tej rastlinného pôvodu a samoliečby):

Liek/obchodný názov	Cesta podania	Denná dávka	Indikácia	Dátum začatia liečby	Dátum ukončenia liečby
1.					
2.					
3.					

## Cielený doplnkový dotazník

### Špecifický dotazník vyplňovaný v prípade výskytu tehotenstva:

1. Používala pacientka kontracepciu v priebehu liečby lenalidomidom a 2 mesiace po jej ukončení?

---

2. V prípade, že pacientka používala kontracepciu, uveďte prosím podrobnosti použitej formy kontracepcie.

---

3. Pacientkina anamnéza vzhľadom na pôrodnictvo (prípadné problémy v priebehu predchádzajúceho tehotenstva/tehotenstiev)?

---

4. Uveďte, prosím, trimester, v ktorom bol pacientke podaný lenalidomid:

---

5. Uveďte, prosím iné lieky užívané v priebehu tehotenstva:

---

6. Uveďte prosím, akúkoľvek zmenu zdravotného stavu diagnostikovanú v priebehu tehotenstva:

---

7. Bol lenalidomid podávaný počas laktácie? Ak áno, vyskytol sa nejaký problém?

---

## Cielený doplnkový dotazník

### Podrobnosti tehotenstva:

Normálny priebeh tehotenstva (zdravý novorodenec)

Potrat

Novorodenec s kongenitálnou anomáliou

V prípade novorodenca s kongenitálnou abnormáliou uveďte, prosím, typ a podrobnosti:

Vyskytli sa v priebehu pôrodu komplikácie? Spôsob pôrodu (prirodzený / kliešťový pôrod / cisársky rez):

Uveďte, prosím, detaily zdravotného stavu novorodenca vo veku 1 mesiac:

Uveďte, prosím, detaily zdravotného stavu novorodenca vo veku 6 mesiacov:

**Uveďte, prosím, dátumy a výsledky diagnostických testov vrátane krvných testov a ultrasonografie počas tehotenstva**

**V tejto časti uveďte akékoľvek iné údaje nespádajúce do vyššie uvedených sekcií**

## Cielený doplnkový dotazník

### KONTAKTNÉ ÚDAJE ODOSIELATEĽA:

Titul, meno a priezvisko	Zamestnanie	Podpis	Dátum
Adresa:  PSČ:	Email:	Tel. č.:	