

EXPOZÍCIA V TEHOTENSTVE – anamnéza a začiatok tehotenstva

Dátum:
deň mesiac rok

ZDRAVOTNÍCKY PRACOVNÍK

Lekár

Sestra

Lekárnik

Meno: _____

Adresa: _____ Fax: _____

Email: _____ Telefón: _____

PACIENTKA/PARTNERKA

Iniciály:

Dátum narodenia:

Vek:

EXPOZÍCIA

áno

nie

Priezvisko Meno

deň mesiac rok

Pacientka

Partnerka pacienta

Iné _____

INFORMÁCIE O TEHOTENSTVE

Tehotenské testy: dátumy a výsledky posledných troch tehotenských testov vrátane testu potvrdzujúceho tehotenstvo:

1. výsledky: _____ 2. výsledky: _____ 3. výsledky: _____
deň mesiac rok deň mesiac rok deň mesiac rok

Dátum poslednej menštruácie:
deň mesiac rok

Dátum začiatku tehotenstva:
deň mesiac rok

Ultrazvuk: dátum tehotenský týždeň podľa ultrazvuku: _____ výsledky: _____
deň mesiac rok

Očakávaný dátum pôrodu:
deň mesiac rok

PROGRAM PREVENIE GRAVIDITY SPOLOČNOSTI CELGENE ZARADENIE PACIENTKY/PARTNERKY PACIENTA

Žena, ktorá nemôže otehotnieť prosím, označte nižšie:

Žena, ktorá môže otehotnieť prosím, označte nižšie:

Vek > 50 rokov a prirodzená amenorea \geq 1 rok

Predčasné zlyhanie funkcie vaječníkov potvrdené gynekológom

Bilaterálna salpingo-ooforektómia alebo hysterektómia

XY genotyp, Turnerov syndróm, agenéza maternice

Neplodnosť u muža (špecifikujte)

Iné dôvody (špecifikujte)

Tehotenské testy:

- vykonané pred začiatkom liečby áno nie

- vykonávané každé 4 týždne počas liečby áno nie

Používanie antikoncepcie:

žiadna antikoncepcia

hormonálna antikoncepcia

kombinovaná perorálna antikoncepcia (uvedte značku): _____

tablety len s progesterónom (uvedte značku): _____

podkožné implantáty (uvedte značku): _____

iné (špecifikujte a uvedte značku): _____

vnútromaternicové teliesko (uvedte typ): _____

sterilizácia: mužská (uvedte typ, napr. vazektómiu): _____

ženská (uvedte typ, napr. podviazanie vajíčkovodov): _____

lokálna antikoncepcia (uvedte typ): _____

metóda prerušovaného styku

Iné (uvedte): _____

Dôvod zlyhania antikoncepcie:

vynechanie antikoncepcie

neodporúčaná antikoncepcia (napr. bariérová metóda, uvedte typ): _____

iné dôvody (špecifikujte): _____

Ak nebola použitá žiadna antikoncepcia, uvedte dôvod (napr. sexuálna abstinencia):

VZDELÁVACÍ MATERIÁL Prosím, uveďte, či pacient:

- bol informovaný o teratogénnom riziku liečby
 bol informovaný o potrebe dodržiavať opatrenia na prevenciu tehotenstva
 dostal vstupný formulár na začatie liečby
 dostal príručku pre pacientov

ĎALŠÍ POSTUP

Bola tehotná pacientka alebo tehotná partnerka pacienta odporučená ku gynekológovi? nie áno

Ak áno, uveďte jeho meno a kontaktné informácie (adresu, telefónne číslo): _____

Ďalšie informácie

ANAMNÉZA: Relevantná anamnéza (vrátane pridružených ochorení, alergií, fajčenia):

Prosím, špecifikujte: _____

RELEVANTNÁ PÔRODNÁ ANAMNÉZA:

Prosím, špecifikujte: _____

INFORMÁCIE O LIEKU: **Názov a sila:** _____

Vysadený: nie áno **Indikácia:** _____

Začiatok liečby	Koniec liečby	Dávka a frekvencia	Číslo šarže												
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>deň</td><td>mesiac</td><td>rok</td></tr></table>				deň	mesiac	rok	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>deň</td><td>mesiac</td><td>rok</td></tr></table>				deň	mesiac	rok	_____	_____
deň	mesiac	rok													
deň	mesiac	rok													

PRIDRUŽENÁ LIEČBA

Generický názov lieku (spôsob podania)	Dávka a frekvencia	Začiatok liečby (deň/mesiac/rok)	Koniec liečby (deň/mesiac/rok)	Indikácie pre užívanie lieku
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

Každé tehotenstvo počas užívania tohto lieku musí byť sledované. Požiadame vás, aby ste poskytli ďalšie informácie.

EXPOZÍCIA V TEHOTENSTVE – výsledok tehotenstva

Dátum:

deň	mesiac	rok

VÝSLEDOK TEHOTENSTVA

Narodilo sa dieťa živé: nie áno

Ak nie, prosím špecifikujte:

Spontánny potrat: nie áno ____/____/____ Termín: ____ tehotenských týždňov

Histopatológia: nie áno Malformácia: nie áno

Podrobnosti:

Interupcia: nie áno Dátum: ____/____/____ Termín: ____ tehotenských týždňov

Histopatológia: nie áno Malformácia: nie áno

Podrobnosti:

Dôvod pre interupciu (t.j., osobný, zdravotný, diagnóza malformácie plodu...):

Úmrtie in utero: nie áno Dátum: ____/____/____ Termín: ____ tehotenských týždňov

Histopatológia: nie áno Malformácia: nie áno

Podrobnosti:

Ektopické tehotenstvo: nie áno

PÔROD (vyplňuje sa, len keď sa dieťa narodí živé)

Dátum: ____/____/____

Termín: ____ tehotenských týždňov

Spôsob pôrodu: normálny vyvolaný cisársky rez

Fetálny distres: nie áno chronický akútny

Normálna placenta: nie áno neznáme

Poznámky

STAV NOVORODENCA

Pohlavie: Ž M Hmotnosť (g): _____ Výška (cm): _____ Obvod hlavy (cm): _____
Predčasne narodený: nie áno Nezrelý: nie áno Apgar: 1 min 5 min
Malformácia: nie áno špecifikujte: _____
Novorodenecká patológia: nie áno špecifikujte: _____
Momentálny dôsledok: _____ Kontrola dieťaťa: _____
Dojčenie: nie áno

PRIEBEH TEHOTENSTVA

Expozícia: tabak _____ cigariet denne alkohol _____ množstvo denne drogová závislosť špecifikujte _____
iné: _____
Choroby počas tehotenstva: vysoký krvný tlak diabetes infekcia
iné: _____
Hospitalizácia počas tehotenstva: nie áno dôvody: _____
Prenatálna diagnóza: nie áno
Ultrazvuk – dátumy a výsledky: _____ Prosím, priložte výsledky ultrazvuku
Iné vyšetrenia – výsledky: _____
Zaostávanie v raste in utero: nie áno

LIEKY UŽÍVANÉ POČAS TEHOTENSTVA

Generický názov lieku (spôsob podania)	Dávka a frekvencia	Začiatok liečby (deň/mesiac/rok)	Koniec liečby (deň/mesiac/rok)	Indikácie pre užívanie lieku
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

Meno: _____ Titul: _____

Dátum:

deň	mesiac	rok

Podpis: _____

Tento formulár odošlite spoločnosti Celgene:

Celgene, s.r.o., Prievozská 4B, 821 09 Bratislava

Telefón: 02/32 63 80 02, Fax: 02/32 78 40 00

Email: drugsafety-slovakia@celgene.com