

Formulär vid graviditet

Vid graviditet (gäller även en kvinnlig partner till en manlig patient)

Fyll i detta formulär för att rapportera graviditet hos en patient som behandlats med Lenalidomid Avansor. Vänligen skicka formuläret omedelbart till Avansor Pharma Oy: info@avansorpharma.fi

Som en del av vår läkemedelsövervakning är det nödvändigt att vi följer upp alla rapporterade graviditeter. Avansor Pharma Oy kommer därför att kontakta dig för ytterligare information.

FORMULÄR VI GRAVIDITET

Vastuullisen lääkärin tiedot

Läkarens namn:	Position:
Adress	Stad, land:
Telefonnummer: Fax:	E-postadress:

Information om kvinnlig patient

Initialer:	Födelsedatum:
------------	---------------

Information om kvinnlig partner till manlig patient

Initialer:	Födelsedatum:
------------	---------------

Behandlingsinformation: Lenalidomid Avansor -kapslar

Batchnummer:	Förskrivningsdatum:	Dos:	Antal:
Startdatum:	Stoppdatum:		
Indikation:			

Uppföljning vid graviditet

Har patienten redan blivit remitterad till en obstetriker/gynekolog?	Ja	Nej
--	----	-----

Om ja, vänligen uppge läkarens namn och kontaktinformation:

Anledning till icke följsamhet till graviditetspreventionsprogrammet

	Ja	Nej
Felaktig fertilitetsbedömning?		
Om ja, ange orsaken till denna felaktighet:	Ja	Nej
a. Ålder \geq 50 år och med naturligt amenorroisk \geq 1 år*		
b. Prematur ovarialsvikt som bekräftats av gynekolog		
c. Tidigare bilateral salpingo-ooforektomi eller hysterektomi		
d. Genotyp XY, Turners syndrom, uterin agenesi		
Ange från nedanstående lista vilken preventivmetod som använts	Ja	Nej
a. Implantat		
b. Levonorgestrelutsöndrande intrauterint system (IUS)		
c. Depotformulering av medroxyprogesteronacetat		
d. Tubarsterilisering		
i. Tubarligatur		
ii. Koagulation		
iii. Applikation av clips		
e. Enbart samlag med en vasektomiserad manlig partner; vasektomi måste vara bekräftad av två negativa spermaanalyser		
f. Ägglossningshämmande tablett med endast progesteron (dvs. desogestrel)		
g. Andra progesteronläkemedel		
h. Orala kombinations p-piller		
i. Spiral		
j. Kondom		
k. Pessar		
l. Preventivsvamp		
m. Avbrutet samlag		
n. Annat		
o. Inget		
Ange från listan nedan anledningen till misslyckad prevention	Ja	Nej
Uteblivet oralt preventivmedel		
Annat läkemedel eller icke behandlad sjukdom som interagerar med oralt preventivmedel		
Identifierade missöden med barriärmetoden		
Okänd		
	Ja	Nej
Hade patienten gått med på fullständig avhållsamhet?		
Påbörjades behandling med Lenalidomid Avansor trots att patienten var gravid?		
Fick patienten information gällande eventuella teratogena risker?		
Informerades patienten om att undvika graviditet?		

Information gällande graviditeten

Startdatum för senaste menstruation:	Beräknad förlossningsdag:	
Graviditetstest:	Referensområde:	Datum:
Urinkvalitet:		
Serumkvantitet:		

Tidigare förlossningar

Graviditetsår	Resultat					
	Spontan abort	Terapeutisk abort	Levande vid födseln	Döda vid födseln	Gestational ålder	Typ av förlossning

Missbildningar

	Ja:	Nej:	Okänt:
Fanns det någon missbildning vid någon av graviditeterna?			
Finns det en familjär historik avseende kongenitala missbildningar?			
Om ja på något av ovannämnda påståenden, vänligen beskriv nedan			

Moderns medicinska historik

Sjukdom	Datum		Behandling	Resultat
	Från	Till		

Moderns nuvarande medicinska tillstånd

Sjukdom	Från	Behandling

Moderns sociala historik

	Ja	Nej
Alkohol:		
Om ja, mängd/enheter per dag:		
Tobak:		
Om ja, mängd/dag:		
Droger:		
Om ja, specificera nedan:		

Moderns medicinering under graviditet och 4 veckor innan graviditet (inklusive receptfria läkemedel, kosttillskott, naturläkemedel och alternativa läkemedel)

Läkemedel/behandling	Startdatum	Stoppdatum/ pågående	Indikation

Namn på person som fyllt i formuläret

Underskrift:..... datum.....

Integritetsmeddelande för farmakovigilans

Avansor Pharma Oy:s integritetsmeddelande finns på vår hemsida: www.avansorpharma.fi