

Formulär för exponering under graviditet - historik och graviditetens start

Pomalidomide Teva

Datum	Dag	Månad	År
-------	-----	-------	----

Initial rapport

Uppföljningsrapport

Slutrapport

Rapportör

Namn:

Land:

Fax:

Adress:

Telefon:

e-post:

Läkare (specialitet) Sjuksköterska Farmaceut Annan hälso- och sjukvårdspersonal :

Uppgifter om kvinnlig patient

Initialer:			
Födelsedatum:	Dag	Månad	År
Ålder:			

Typ av exponering

Kvinnlig patient	Ja	Nej
Kvinnlig partner till manlig patient	Ja	Nej
Annat :		

Graviditetsinformation

Graviditetstester: datum och resultat för de tre senaste graviditetstesterna inklusive testet som bekräftar graviditet:

Nr 1:	Dag	Månad	År
resultat:			
Datum för sista menstruation:			
	Dag	Månad	År
Ultraljud: datum:			
	Dag	Månad	År

Nr 2:	Dag	Månad	År
resultat:			
Startdatum för graviditeten:			
	Dag	Månad	År
Ålder enligt ultraljud:			
resultat:			

Nr 3:	Dag	Månad	År
resultat:			
Graviditetsvecka:			
Förväntat nedkomstdatum:			
	Dag	Månad	År

Övervakning av pomalidomid graviditetspreventionsprogram

FERTILITETSKATEGORI SOM PATIENT/PARTNER PLACERADES I VID BEHANDLINGENS BÖRJAN:**Infertil** specificera:Ålder ≥ 50 år och med naturlig amenorré under ≥ 1 år

Prematur ovarialsvikt bekräftat av specialistgynekolog

Föregående bilateral salpingo-ooforektomi, eller hysterektomi

Genotyp XY, Turners syndrom, uterin agenesi

Infertilitet hos man (specificera):

Andra orsaker (specificera):

Fertil specificera:**Graviditetstestning:**

- utförd innan behandlingen inleddes? Ja Nej

- utförd var 4:e vecka under behandling? Ja Nej

Användning av preventivmedel:

Inga preventivmedel

Hormonella preventivmedel:

kombinerade orala p-piller (specificera handelsnamn):

p-piller med enbart progesteron (specificera handelsnamn):

subkutana p-implantat (specificera handelsnamn):

övrigt (specificeras liksom handelsnamnen):

Intrauterint preventivmedel (IUP) (specificera typ):

Sterilisering:

manlig (specificera typ, t.ex. vasektomi):

kvinnlig (specificera typ, t.ex. tubarligering):

Lokalt preventivmedel (specificera typ):

Avbrutet samlag

Annat (specificera):

Orsak till att kontraceptionen misslyckades:

Missade att använda preventivmedel

Använde en ej rekommenderad preventivmetod (t.ex.: barriärmetoder, specificera typ):

Andra orsaker (specificera):

Om ingen kontraception har använts, specificera orsaken (t.ex. avhållsamhet):

UNDERVISNINGSMATERIAL

Specificera om patienten:

- har informerats om den teratogena risken vid behandling med pomalidomid.
- har informerats om vikten av att följa åtgärderna i graviditetspreventionsprogrammet
- har fått patientbroschyren

ÅTGÄRD VIDTAGEN AVSEENDE GRAVIDITET

Har den gravida patienten eller patientens gravida partner remitterats till gynekolog? Nej Ja

Om svaret är ja, specificera hans/hennes namn och kontaktuppgifter (adress, telefonnummer):

Ytterligare information

ANAMNES

Nuvarande eller tidigare relevant anamnes (inkl. samtidig sjukdom, allergi, rökning, alkoholmissbruk): Nej Ja

Om svaret är ja, specificera:

RELEVANT OBSTETRISK HISTORIK: Nej Ja Om svaret är ja, specificera:

DOSERINGSINFORMATION FÖR Pomalidomide Teva:

Indikation för pomalidomidanvändning:

Avbruten: Nej Ja

Behandlingens startdatum	Behandlingens slutdatum	Daglig dos:	Batch nr
dag månad år	dag månad år	mg	

Åtföljande läkemedel

Generiskt läkemedels- namn/ administreringsväg	Dos och frekvens	Behandlingens startdatum (dag/månad/år)	Behandlingens slutdatum (dag/månad/år)	Indikation för användning av läkemedel

Anmälan

Namn:

Titel:

Datum: Dag Månad År

Namnteckning:

Detta formulär måste returneras till: Info@teva.se

Alla graviditeter som inträffar i samband med Pomalidomide Teva ska följas upp. Du kommer att ombudjas att lämna eventuell ytterligare information om omständigheterna för fosterexponeringen för pomalidomid och om graviditetens utfall.