

Lenalidomide Mylan

Ilmoituslomake raskaudesta



Täytä tämä lomake ilmoittaaksesi Lenalidomide Mylan-hoitoa saaneen potilaan (tai miespotilaan naisparterin) raskaudesta.

Raportoijan tiedot

Asema:	<input type="text"/>		
Etunimi(nimet):	<input type="text"/>	Sukunimi:	<input type="text"/>
Tehtävänimike:	<input type="text"/>		
Osoite:	<input type="text"/>		
Kaupunki, maa:	<input type="text"/>	Postinumero:	<input type="text"/>
Puhelinnumero:	<input type="text"/>	Faxi:	<input type="text"/>
Sähköpostiosoite:	<input type="text"/>		

Naisen potilastiedot

	Potilaan nimikirjaimet:	Ikä:	Paino (kg):
		Pituus (cm):	Syntymäaika (PVKKVVVV): / /


Miespotilaan naispartneri

	Potilaan nimikirjaimet:	Ikä	Paino (kg):
		Pituus (cm):	Syntymäaika (PVKKVVVV): / /

Raskaana olevan naisen altistuminen - ei potilas eikä kumppani

	Potilaan nimikirjaimet:	Ikä:	Paino (kg):
		Pituus (cm):	Syntymäaika (PVKKVVVV): / /

Lapsen tiedot

	Potilaan nimikirjaimet:	Ikä:	Paino (kg):
		Pituus (cm):	Syntymäaika (PVKKVVVV) / /

Hoitotiedot: Lenalidomide Mylan -kapseli

Eränumero:	Viimeinen käyttöpäivä:
Annos:	Määrä:
Aloituspäivämäärä:	Lopetuspäivämäärä:
Indication for use:	

Tiedot kuukautisista

Viimeisimpien kuukautisten alkamispäivämäärä: _____ / _____ / _____ Säännölliset kuukautiset: Ei? Kyllä?

Tiedot raskaudesta (rastita soveltuvat kohdat)

Onko raskaus vahvistettu? Ei? Kyllä?

Arvioitu hedelmöitymispäivämäärä: _____

Raskausviikkojen lukumäärä, kun lääkitys lopetettiin?: _____

Lenalidomidin hoitajaksot raskauden aikana: _____

Arvioitu raskauden vaihe: _____ Laskettu aika: _____ / _____ / _____

Onko potilas lähetetty jo synnytyslääkärille/gynekologille? Ei Kyllä

Jos kyllä, ilmoita lääkärin nimi ja yhteystiedot:

Nimi:

Yhteystiedot:

Raskauden lopputulos:

Normaali synnytys? Ei Kyllä

Jos ei, tarkenna (raskauden keskeyttäminen, lääkinälliset syyt):

Täysi raskausaika?

Ei

Kyllä

Jos ei, määritä raskausviikkojen määrä synnytyshetkellä: _____

Syntymäpai-
no (kg) _____

Sukupuoli: Poika

Tyttö

Lenalidomidihoitoon liittyvät tiedot

Lenalidomidia saanut (naispotilas/miespotilas/ raskaana oleva nainen)	Eränumero/ viimeinen käyttöpäivä	Vahvuus	Päivittäinen annos		Hoitopäivät		Käyttöaihe
			Annos- yksikkö	Tiheys	Aloitus- pv	Lopet- uspv	

Taustatietoja raskauden syystä

	Kyllä	Ei
Virheellinen hedelmällisyysarvio:		
Jos kyllä, ilmoita virheellisyyden syy:		
a. Ikä > 50 vuotta ja luonnollinen amenorrea*> 1 vuosi * amenorrea syöpähoidon seurauksena tai imetyksen aikana ei sulje pois hedelmällisyyttä		
b. Ennenaikainen munasarjojen vajaatoiminta, jonka gynekologi on vahvistanut		
c. Aiempi molemminpuolinen munasarjojen poisto tai kohdunpoisto		
d. XY-genotyyppi, Turnerin oireyhtymä tai kohdun synnynnäinen puuttuminen		

Maternal Current Medical Conditions

Condition	From	Treatment

Maternal Social History

	Yes	No
Alcohol		
If yes, amount/units per day:		
Tobacco		
If yes, amount per day:		
IV or recreational drug use		
If yes, provide details:		

MATERNAL MEDICATION DURING PREGNANCY AND IN 4 WEEKS BEFORE PREGNANCY (including herbal, alternative and over the counter medicines and dietary supplements)

Medication/treatment	Start Date	Stop Date/Continuing	Indication

Name of person completing this form

Signature:

Date: