

Ilmoituslomake raskaudesta

Sähköposti: safety.finland@tevaeu.com

Raskauden yhteydessä (koskee myös miespotilaan naispartneria).

Täytä tämä lomake ilmoittaaksesi Lenalidomide ratiopharm -hoitoa saaneen potilaan raskaudesta. Lähetä se välittömästi yllä mainittuun Teva Finland Oy:n sähköpostiosoitteeseen.

Tevan turvallisuusseurannan kannalta on välttämätöntä, että seuraamme kaikkia raportoituja raskauksia. Teva ottaa siksi vielä yhteyttä sinuun.

ILMOITUSLOMAKE

VASTUULLISEN LÄÄKÄRIN TIEDOT

Lääkärin nimi:	Asema:
Osoite:	Kaupunki, maa:
Puhelinnumero: Faksi:	Sähköpostiosoite:

NAISEN POTILASTIEDOT

Potilaan nimikirjaimet:	Syntymäaika:
Miespotilaan naispartneri	
Nimikirjaimet:	Syntymäaika:

HOITOTIEDOT: Lenalidomide ratiopharm -kapselit

Eränumero:	Määräyspvm:	Annos:	Määrä:
Aloituspvm:	Lopetuspvm:		
Indikaatio:			

RASKAUDEN SEURANTA

Onko potilas lähetetty jo synnytyslääkärille/gynekologille?	Kyllä	Ei
Jos kyllä, ilmoita lääkärin nimi ja yhteystiedot		

SYY RASKAUDENEHKÄISYOHJELMAN VAATIMUSTEN RIKKOMISEEN

Kyllä

Ei

Virheellinen hedelmällisyysarvio?		
--	--	--

Jos kyllä, ilmoita virheellisyyden aihe.

Kyllä

Ei

a. Ikä \geq 50 vuotta ja luonnollinen amenorrea \geq 1 vuosi*		
b. Ennenaikainen munasarjojen vajaatoiminta, jonka gynekologi on varmistanut		
c. Aiempi molemminpuolinen munasarjojen poisto tai kohdunpoisto		
d. XY-genotyyppi, Turnerin oireyhtymä, kohdun synnyynnäinen puuttuminen		

Ilmoita, mitä alla olevista ehkäisymenetelmistä on käytetty

Kyllä

Ei

a. Implantaatti		
b. Progestiiniä vapauttava kohdunsisäinen ehkäisin (IUS)		
c. Medroksiprogesteroninasettaattia sisältävä depot-valmiste		
d. Munanjohtimien sterilisaatio		
I. Katkaisu tai sitominen		
II. Sähkökoagulaatio		
III. Klipsimenetelmä		
e. Yhdyntä ainoastaan sellaisen miehen kanssa, jolle on tehty vasektomia; vasektomia tulee vahvistaa kahdella negatiivisella siemennestetutkimuksella		
f. Ovulaation ehkäisevät ehkäisytabletit, jotka sisältävät vain progestiinia (eli desogestreeliä)		
g. Muut progestiinia sisältävät tabletit		
h. Oraaliset yhdistelmäehkäisytabletit		
i. Kierukka		

j. Kondomi		
k. Pessaari		
l. Ehkäisyieni		
m. Keskeytetty yhdyntä		
n. Muu		
o. Ei mitään		

Ilmoita syy epäonnistuneeseen ehkäisyyn

Kyllä

Ei

Unohtunut suun kautta otettava ehkäisy menetelmä		
Muu lääkeaine tai hoitamaton sairaus, joka vaikuttaa suun kautta otettavan ehkäisy menetelmän tehoon		
Todettu vahinko estemenetelmän käytössä		
Ei tiedossa		
Oliko potilas noudattanut täydellistä pidättäytymistä?		
Aloitettiin Lenalidomide ratiopharm -hoito huolimatta siitä, että potilas oli raskaana?		
Saiko potilas tietoa mahdollisista teratogeenisistä vaaroista?		
Kerrottiin potilaalle, että raskauden ehkäisy on välttämätöntä?		

RASKAUDENAIKAISET TIEDOT

Viimeisten kuukautisten alkamispäivä:	Laskettu aika:	
Raskaustesti:	Viitealue:	Päivämäärä:
Virtsan laatu:		
Seerumin määrä:		
Aiemmat synnytystiedot:		

Raskausvuosi

Tulos

	Spontaani keskenmeno	Hoidollinen abortti	Elävänä syntynyt	Syntyi kuolleena	Sikiöikä	Synnytystapa

EPÄMUODOSTUMAT

Ilmenikö jossakin raskaudessa epämuodostumia?	Kyllä:	Ei:	Ei tiedossa:
Esiintyykö suvussa synnyttäisiä epämuodostumia?			
Jos vastaus oli kyllä johonkin yllä mainituista, kuvaile tarkemmin			

ÄIDIN SAIRAUSHISTORIA

Sairaus	Päivä		Hoito	Tulos
	Alkoi	Päättyi		

ÄIDIN NYKYINEN TERVEYDENTILA

Sairaus	Alkoi	Hoito

ÄIDIN TAUSTAA

	Kyllä	Ei
Alkoholi		
Jos kyllä, määrä/yksikkö per päivä:		
Tupakka		
Jos kyllä, määrä/päivä:		

Huumeet ja päihteet		
Jos kyllä, tarkempi kuvaus:		

**Äidin lääkitys raskauden aikana ja 4 viikkoa ennen raskautta
(mukaan lukien yrtit, vaihtoehtolääkkeet ja itsehoitolääkkeet sekä ravintolisät)**

Lääke/hoito	Aloituspäivä	Lopetuspäivä/ Jatkuu	Indikaatio

Lomakkeen täyttäneen henkilön nimi:

Allekirjoitus

Allekirjoituspäivämäärä

Ilmoittajan allekirjoitus (pakollinen):

Allekirjoitus

Allekirjoituspäivämäärä

Teva Finland Oy
infofinland@tevapharm.com
puh. 020 180 5900

Fimean hyväksymispäivämäärä: 10.02.2022

Ver: 02.2022

