

Formular zur Erfassung einer Pomalidomid-Exposition in der Schwangerschaft (Ausgang der Schwangerschaft)

Erstbericht Folgebericht Abschließender Bericht Datum: TT MM JJJJ

Meldende Person

Name:

Anschrift:

Land:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Arzt (Fachrichtung:.....) Krankenschwester Apotheker Andere medizinische Fachkraft:.....

Angaben zur Patientin / Partnerin eines männlichen Patienten

Initialen: Geburtsdatum: TT MM JJJJ Alter:

Angaben zum männlichen Patienten

Initialen: Geburtsdatum: TT MM JJJJ Alter:

Art der Exposition

Patientin: Nein Ja Partnerin eines männlichen Patienten: Nein Ja
 Andere:.....

Ausgang der Schwangerschaft

Gestationsalter bei Geburt:

Ist das Neugeborene am Leben? Ja Nein

Falls nicht, bitte erläutern:

Spontanabort: Ja Nein Datum: TT / MM / JJJJ Schwangerschaftswoche:..... Autopsie: Ja Nein

Fehlbildung diagnostiziert: Ja Nein Falls ja, bitte angeben:

Schwangerschaftsabbruch: Ja Nein Datum: TT / MM / JJJJ Schwangerschaftswoche:..... Autopsie: Ja Nein

Fehlbildung diagnostiziert: Ja Nein Falls ja, bitte angeben:

Grund für den Abbruch (d. h. persönlich, medizinisch, Fehlbildungsdiagnose ...):

Intrauteriner Fruchttod: Ja Nein Datum: TT / MM / JJJJ Schwangerschaftswoche:..... Autopsie: Ja Nein

Fehlbildung: Ja Nein Details:

Mögliche Erklärung (*bitte genau angeben*):

Ektope Schwangerschaft: Ja Nein

Entbindung (nur auszufüllen, falls das Neugeborene am Leben ist)

Datum: TT / MM / JJJJ Schwangerschaftswoche:

Art der Entbindung: Normal Eingeleitet Kaiserschnitt

Fetaler Distress (Asphyxie): Ja Nein Chronisch Akut

Normale Plazenta Ja Nein Unbekannt

Bemerkungen:

Formular zur Erfassung einer Pomalidomid-Exposition in der Schwangerschaft (Ausgang der Schwangerschaft)

Angaben zum Neugeborenen

Geschlecht: W M Gewicht (g): Größe (cm): Kopfumfang (cm):
 Frühgeburt: Ja Nein Dysmaturität: Ja Nein APGAR:.....1 min 5 min 10 min
 Fehlbildung: Ja Nein Bitte genau angeben:
 Erkrankung des Neugeborenen: Ja Nein Bitte genau angeben:
 Unmittelbares Ergebnis: Nachuntersuchung des Kindes durch:
 Stillen: Ja Nein

Weitere Angaben

Schwangerschaftsverlauf

Exposition(en): Tabak Zigaretten / Tag Alkohol Menge / Tag Drogenabhängigkeit
 Bitte genau angeben: Andere:
 Erkrankung(en) während der Schwangerschaft: Bluthochdruck Diabetes Infektionen
 Bitte genau angeben: Andere:
 Krankenhausaufenthalte während der Schwangerschaft: Ja Nein Warum?
 Pränatale Diagnose: Ja Nein
 Ultraschalluntersuchungen: Daten und Ergebnisse: (Bitte fügen Sie die Ergebnisse der Ultraschalluntersuchungen bei.)
 Andere spezifische Tests (z.B. Amniozentese, Alpha-Fetoprotein im mütterlichen Serum) – Ergebnisse:
 Retardiertes Wachstum im Uterus: Ja Nein

Pomalidomid Teva (Pomalidomid)

Indikation:
 Dosierung:

Therapiebeginn TT / MM / JJJJ	Therapieende TT / MM / JJJJ	Tagesdosis <input type="checkbox"/> 4 mg <input type="checkbox"/> Andere..... mg	Chargennummer Verfalldatum
----------------------------------	--------------------------------	---	---

Begleitmedikation(en) der Schwangeren

Medikament, Stärke, Darreichungsform (z. B. 5-mg-Tablette)	Dosierung & Art der Anwendung	Therapiebeginn	Therapieende	Kausalzusammenhang? 1 = Ja, 2 = Nein	Indikation
		TT / MM / JJJJ	TT / MM / JJJJ		
		TT / MM / JJJJ	TT / MM / JJJJ		
		TT / MM / JJJJ	TT / MM / JJJJ		
		TT / MM / JJJJ	TT / MM / JJJJ		
		TT / MM / JJJJ	TT / MM / JJJJ		

Meldung

Titel und Name:		Praxisstempel:
Datum:		
Unterschrift:		

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig aus und senden Sie es unverzüglich an:
 Teva GmbH – Graf-Arco-Str. 3 – 89079 Ulm