

Formular zur Erfassung einer Lenalidomid-Exposition in der Schwangerschaft
(Anamnese und Beginn der Schwangerschaft)

<input type="checkbox"/> Erstbericht	<input type="checkbox"/> Folgebericht	<input type="checkbox"/> Abschließender Bericht	Datum	TT	MM	JJJJ
--------------------------------------	---------------------------------------	---	-------	----	----	------

Meldende Person					
Name:					
Anschrift:					
Land:			Telefon:		
Fax:			E-Mail:		
<input type="checkbox"/> Arzt/Fachrichtung.....			<input type="checkbox"/> Apotheker		
<input type="checkbox"/> Krankenschwester			<input type="checkbox"/> Andere medizinische Fachkraft		

Angaben zur Patientin / Partnerin eines männlichen Patienten					
Initialen:		Alter:		Geburtsdatum: TT/MM/JJJJ	

Angaben zum männlichen Patienten					
Initialen:		Alter:		Geburtsdatum: TT/MM/JJJJ	

Art der Exposition					
Patientin: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Partnerin eines männlichen Patienten: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					
<input type="checkbox"/> Andere					

Informationen zur Schwangerschaft					
Schwangerschaftstest: Bitte geben Sie die Daten, Ergebnisse und Art der 3 letzten Schwangerschaftstests an, einschließlich des Tests, mit dem die Schwangerschaft bestätigt wurde.					
Nr. 1	TT/MM/JJJJ	Ergeb:.....	Nr. 2	TT/MM/JJJJ	Ergeb:.....
Nr. 1	<input type="checkbox"/> Qualitativer Urintest		Nr. 2	<input type="checkbox"/> Qualitativer Urintest	
	<input type="checkbox"/> Quantitativer Serumtest			<input type="checkbox"/> Quantitativer Serumtest	
Datum der letzten Menstruation: TT/MM/JJJJ			Beginn der Schwangerschaft: TT/MM/JJJJ		
Ultraschalluntersuchung: TT/MM/JJJJ			Alter des Fetus gemäß Ultraschall:.....		
Erwarteter Entbindungstermin: TT/MM/JJJJ					

Formular zur Erfassung einer Lenalidomid-Exposition in der Schwangerschaft
(Anamnese und Beginn der Schwangerschaft)

Überwachung des Schwangerschaftsverhütungsprogramms

Risikogruppe der Patientin / Partnerin des Patienten im Zusammenhang mit der Lenalidomid-Behandlung:

Nicht gebärfähig, bitte genau angeben:

Alter \geq 50 Jahre und seit \geq 1 Jahr natürlich amenorrhöisch*

**Eine Amenorrhö nach Tumortherapie oder während der Stillzeit schließt Gebärfähigkeit nicht aus*

Vorzeitige Ovarialinsuffizienz, die durch einen Facharzt für Gynäkologie bestätigt wurde

Vorherige bilaterale Salpingo-Oophorektomie oder Hysterektomie

XY-Genotyp, Turner-Syndrom, Uterusagenesie

Andere Gründe (*welche?*).....

Infertilität des Mannes (*bitte genau angeben*):.....

Gebärfähig (*bitte genau angeben*):.....

Schwangerschaftstest:

Vor Beginn der Therapie durchgeführt?

Ja Nein

Vor der Verschreibung durchgeführt?

Ja Nein

Während der Behandlung alle 4 Wochen durchgeführt?

Ja Nein

4 Wochen nach der Behandlung durchgeführt?

Ja Nein

Empfängnisverhütung:

Keine Empfängnisverhütung (*bitte den Grund angeben, z. B. Abstinenz*):

Hormonelle Empfängnisverhütung:.....

Kombiniertes orales Kontrazeptivum (*bitte Handelsname angeben*):.....

Reine Progesteron-Pille mit ovulationshemmender Wirkung (d. h. Desogestrel)
(*bitte Handelsnamen angeben*):.....

Hormonimplantat (*bitte Handelsnamen angeben*):.....

Depot-Hormoninjektion (Medroxyhydroprogesteronacetat) („3-Monatsspritze“)

Levonorgestrel-freisetzendes Intrauterinpessar (IUP, *bitte den Typ angeben*):.....

Formular zur Erfassung einer Lenalidomid-Exposition in der Schwangerschaft
(Anamnese und Beginn der Schwangerschaft)

- Sterilisation:
- Männliche (*bitte den Typ angeben, z. B. mit 2 negativen Tests bestätigte Vasektomie*):.....
- Weibliche (*bitte den Typ angeben, z. B. bestätigte Tubenligatur*):.....
- Geschlechtsverkehr ausschließlich mit einem vasktomierten Partner; die Vasektomie muss durch zwei negative Samenanalysen bestätigt worden sein
- Barrieremethode (*bitte den Typ angeben*):.....
- Andere (*bitte beschreiben*):.....

Grund für das Versagen der Empfängnisverhütung:

- Verhütungsmethode vergessen anzuwenden
- Nicht empfohlene Verhütungsmethode verwendet (z. B. *Barrieremethoden, bitte die verwendete Methode angeben*):.....
- Andere (*bitte beschreiben*):.....

Informationsmaterial – Bitte geben Sie an, ob die Patientin bzw. der Patient (bei Schwangerschaft der Partnerin eines Patienten):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Über das teratogene Risiko der Behandlung mit Lenalidomid informiert wurde | <input type="checkbox"/> Über die Notwendigkeit informiert wurde, die Maßnahmen des Schwangerschaftsverhütungsprogramms zu befolgen |
| <input type="checkbox"/> Die Einverständniserklärung erhalten und unterzeichnet hat | <input type="checkbox"/> Leitfaden für die sichere Anwendung-Patienten erhalten hat |

Hinsichtlich der Schwangerschaft durchgeführte Maßnahmen:

Wurde die schwangere Patientin oder schwangere Partnerin des Patienten an einen Gynäkologen überwiesen? Nein Ja

Falls ja, bitte den Namen und die Kontaktdaten des Gynäkologen (Anschrift, Telefonnummer) angeben:

.....

