

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

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

<b>Meldende Person</b>					
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		

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

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

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

<b>Ausgang der Schwangerschaft</b>					
Gestationsalter bei Geburt:.....					
Ist das Neugeborene am Leben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Falls nicht, bitte erläutern:.....					
Spontanabort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum: TT/MM/JJJJ Schwangerschaftswoche:..... Autopsie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Fehlbildung diagnostiziert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, bitte angeben:.....					
Schwangerschaftsabbruch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum TT/MM/JJJJ Schwangerschaftswoche:.....Autopsie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Fehlbildung diagnostiziert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, bitte angeben:.....					
Grund für den Abbruch (d.h. persönlich, medizinisch, Fehlbildungsdiagnose...):.....					
Intrauteriner Fruchttod <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum: TT/MM/JJJJ Schwangerschaftswoche:..... Autopsie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Fehlbildung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Details:.....					
Mögliche Erklärung (bitte genau angeben):.....					
Ektopie Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					

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

**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:

**Angaben zum Neugeborenen**

Geschlecht       W       M      Gewicht (g):.....      Größe (cm):...      Kopfumfang (cm):.....

Frühgeburt:       Ja       Nein      Dysmaturität:       Ja       Nein      APGAR..... 1 min.....5 min.....10min.....

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

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

<b>Lenalidomid</b>			
Indikation:.....			
Dosierung:.....			
Therapiebeginn: TT/MM/JJJJ	Therapieende: TT/MM/JJJJ	Tagesdosis: <input type="checkbox"/> .....mg	Chargennummer:..... Verfalldatum:.....

<b>Begleitmedikation(en) der Schwangeren</b>					
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		

<b>Meldung</b>		
Titel und Name:		Praxisstempel:
Datum:		
Unterschrift:		

**Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig aus und senden Sie es unverzüglich an:**

123 Acurae Pharma GmbH  
Heinz-Lohmann-Straße 1  
27472 Cuxhaven  
Tel.: 04721 – 606 123  
Fax.: 04721 – 5909 111  
E-Mail: info@123Acurae.de  
Internet: www.123acurae.de

