

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
--------------------------------------	---------------------------------------	---	-------	----	----	------

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

Ausgang der Schwangerschaft					
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):.....					
Ektoper 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)

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

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

