

Lenalidomidas

Nėštumo pranešimo forma

Prašome užpildyti šią formą ir pranešti apie lenalidomidu gydomos pacientės ar gydomo paciento partnerės nėštumą.

Prašome užpildytą formą nedelsiant nusiųsti

UAB „GL Pharma Vilnius“

A.Jakšto g. 12, 01105 Vilnius,

Tel.: +370 52610705, el. paštas: office@gl-pharma.lt

PRANEŠIMO APIE NĖŠTUMĄ FORMA

Informacija apie pranešimo teikėją

Vardas, pavardė:

Profesija:

Adresas:

Miestas, šalis:

Telefono Nr.:

El. pašto adresas:

Informacija apie pacientę moterį/moters partnerį arba pacientą vyrą

Pacientės ID:

Amžius/Amžiaus grupė:

Gimimo data:

Nėštumo trimestras:

Lenalidomidas – duomenys apie vaistą

Serijos Nr.:

Galiojimo laikas

Dozė:

Pradžios data:

Pabaigos data:

Dozavimo dažnis:

Vartojimo indikacija (prašau nurodyti išsamiai):

Duomenys apie nėštumą									
Ar pacientė jau nukreipta akušerio ginekologo konsultacijai?	☐ taip ☐ ne								
Jei taip , prašau nurodyti jo vardą, pavardę ir kontaktinius duomenis:									
Nėštumo prevencijos programos nesėkmingumo priežastis									
Ar klaidingai buvo manoma, kad pacientė nevaisinga?	☐ taip ☐ ne								
Jei taip , nurodykite priežastį, kodėl buvo manoma, kad ji nevaisinga (negali turėti vaikų)									
☐ Amžius ≥ 50 metų ir natūrali amenorėja, trunkanti ≥ 1 metai. Amenorėja dėl vėžio gydymo arba žindymo metu neatmeta pastojimo galimybės.									
☐ Priešlaikinis (ankstyvas) kiaušidžių nepakankamumas, kurį patvirtino specialistas ginekologas. ☐ Abipusė salpingoovarektomija arba gimdos pašalinimas (histerektomija). ☐ XY genotipas, Turnerio sindromas, gimdos agenezė. ☐ Kita (prašau nurodyti):									
Pažymėkite iš toliau pateikto sąrašo, koks kontracepcijos metodas buvo naudojamas:									
☐ implantas ☐ levonorgestrelį išskirianti gimdos sistema (IUS) ☐ medroksiprogesterono ilgalaikio poveikio injekcija ☐ kiaušintakių sterilizacija (prašau nurodyti išsamiai): ☐ kiaušintakių perrišimas ☐ kiaušintakių diatermija ☐ kiaušintakių spaustukai ☐ lytiniai santykiai tik su partneriu, kuriam atlikta vazektomija; vazektomijos rezultatas turi būti patvirtintas neigiamu spermos tyrimo rezultatu. ☐ ovuliacijos slopinimu tik progesterono sudėtyje turinčiomis tabletėmis (t.y. dezogestreliau) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Kitos tik progesterono piliulės</td> <td>☐ Kempinė</td> </tr> <tr> <td>☐ kombinuotas geriamosios kontraceptinės tabletės</td> <td>☐ Nebaigtas lytinis aktas</td> </tr> <tr> <td>☐ Kitos intrauterinės priemonės</td> <td>☐ Gimdos kaklelio gaubtuvėlis</td> </tr> <tr> <td>☐ Prezervatyvai</td> <td>☐ Joks</td> </tr> </table> ☐ Kita (prašau nurodyti):		☐ Kitos tik progesterono piliulės	☐ Kempinė	☐ kombinuotas geriamosios kontraceptinės tabletės	☐ Nebaigtas lytinis aktas	☐ Kitos intrauterinės priemonės	☐ Gimdos kaklelio gaubtuvėlis	☐ Prezervatyvai	☐ Joks
☐ Kitos tik progesterono piliulės	☐ Kempinė								
☐ kombinuotas geriamosios kontraceptinės tabletės	☐ Nebaigtas lytinis aktas								
☐ Kitos intrauterinės priemonės	☐ Gimdos kaklelio gaubtuvėlis								
☐ Prezervatyvai	☐ Joks								
Nurodykite iš toliau pateikto sąrašo kontracepcijos neveiksmingumo priežastis									
☐ Neveiksminga kontracepcija geriamaisiais kontraceptikais ☐ Kitų vaistų ar kitos ligos sąveika su geriamaisiais kontraceptikais ☐ Nustatyta nesėkmė taikant barjero metodą ☐ Nežinoma ☐ Kita (prašau nurodyti):									
Ar pacientė įsipareigojo visiškai ir nuolat susilaikyti nuo lytinių santykių?	☐ taip ☐ ne								
Ar gydymas lenalidomidu buvo pradėtas nepaisant pacientės nėštumo?	☐ taip ☐ ne								
Ar pacientė gavo mokamąją medžiagą (<i>Paciento brošiūrą</i>) apie galimą teratogeniškumo riziką?	☐ taip ☐ ne								
Ar pacientei suteikta konsultacija dėl būtinybės vengti nėštumo?	☐ taip ☐ ne								

Prenatalinė informacija				
Paskutinių mėnesinių data:		Numatoma gimdymo data:		
Ar buvo atliktas nėštumo testas? ☐ taip ☐ ne				
Jei taip, nėštumo testo atlikimo data:				
Nėštumo testo duomenys		Nuorodos diapazonas		
Šlapimo kokybinis	Serumo kiekybinis	Šlapimo kokybinis	Serumo kiekybinis	
Buvę nėštumai ir gimdymai				
Nėštumo metai	Nėštumo baigtis		Gestacinis amžius	Gimdymo būdas
	☐ normalus kūdikis ☐ savaiminis persileidimas	☐ negyvagimis ☐ medicininis abortas		
	☐ normalus kūdikis ☐ savaiminis persileidimas	☐ negyvagimis ☐ medicininis abortas		
	☐ normalus kūdikis ☐ savaiminis persileidimas	☐ negyvagimis ☐ medicininis abortas		
	☐ normalus kūdikis ☐ savaiminis persileidimas	☐ negyvagimis ☐ medicininis abortas		
	☐ normalus kūdikis ☐ savaiminis persileidimas	☐ negyvagimis ☐ medicininis abortas		
Apsigimimai				
Ar kurio nors nėštumo metu buvo apsigimimų?				☐ taip ☐ ne
Ar šeimos istorijoje būta kokių nors apsigimimų?				☐ taip ☐ ne
Jei atsakėte taip į vieną iš šių klausimų, toliau pateikti išsamesnę informaciją:				

Motinos sveikatos istorija

Būklė	Datos		Gydymas	Rezultatas
	Nuo	Iki arba tebesitęsia		

Motinos dabartinė medicininė būklė

Būklė	Datos		Gydymas	Rezultatas
	Nuo	Iki arba tebesitęsia		

Motinos socialiniai duomenysAlkoholis ☐ taip ☐ ne; jei taip, vienetai per dieną:Tabakas ☐ taip ☐ ne; jei taip, kiekis per dieną:Narkotikai ☐ taip ☐ ne; jei taip, pateikite išsamią informaciją:**Motinos vaistų vartojimas nėštumo metu ir 4 savaitės prieš nėštumą***Įskaitant visus vaistus, įgytus be recepto, vaistažoles, alternatyvius vaistus ir maisto papildus*

Vaistai/gydymas	Datos		Indikacijos
	Nuo	Iki arba tebesitęsia	

Papildomos pastabos

Šią formą užpildžiusio asmens pavardė	Data	Parašas

Apie tai, kaip G.L. Pharma GmbH naudoja asmeninius duomenis galima rasti:

<https://gl-pharma.at/privacy-policy/>